Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations.

Rapport et recommandations

Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec

Cette publication a été réalisée par le Comité sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec. Elle a été éditée en quantité limitée.

Ce document peut être consulté sur le site Internet du Comité sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec : www.solidaritedesgenerations.qc.ca

Pour obtenir d'autres exemplaires de ce document, faites parvenir votre demande

par télécopieur : (418) 266-5958

ou par la poste : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Direction des politiques et des systèmes financiers
1005, chemin Sainte-Foy, 5e étage
(Québec) G1S 4N4

Visitez notre site Internet :
www.solidaritedesgenerations.qc.ca

Note : Le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal 2005
Bibliothèque nationale du Québec, 2005
Bibliothèque nationale du Canada, 2005

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à la condition que la source soit mentionnée.

Le 22 juillet 2005

Monsieur Michel Audet
Ministre des Finances du Québec

Monsieur Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec

Messieurs les ministres,

C'est avec une grande satisfaction que je dépose le rapport du comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec que j'ai eu l'honneur de présider.

Notre rapport traduit la réflexion et l'engagement des membres qui ont siégé à seize reprises et ont entendu dix-sept présentations sur différents sujets au cœur des problématiques de la santé et des services sociaux, ici comme à l'étranger. Le taux de participation très élevé à ces rencontres, soit de 83 %, reflète l'engagement profond des membres à l'égard de l'accomplissement du mandat ambitieux qui leur a été confié.

Comme en témoigne notre rapport, le Québec, à l'instar d'autres sociétés ailleurs dans le monde, fait face à un défi exceptionnel : assurer la pérennité de son système de santé et de services sociaux alors que celui-ci accapare une proportion de plus en plus importante du budget de l'État. La situation chez nous sera aggravée par un vieillissement de la population beaucoup plus rapide que dans la plupart des autres pays. Ce qui risque d'avoir pour effet d'affecter la qualité des services offerts à la génération actuelle et de laisser les générations montantes payer une facture sans commune mesure avec les services auxquels ils auraient accès, si rien n'était fait d'ici là pour mieux répartir le fardeau fiscal sans précédent qui se profile à l'horizon. Voilà pourquoi nos travaux ont été guidés par un souci constant d'équité intergénérationnel que traduisent nos recommandations.

Nous avons voulu également réitérer notre engagement à l'égard du financement public de notre système de santé et de services sociaux. Les membres du comité croient que le récent jugement de la Cour suprême du Canada dans l'affaire Chaoulli fournit une grande occasion au gouvernement du Québec de réaffirmer son engagement envers ce pilier fondamental de notre système. Les membres croient également que l'occasion est belle de baliser l'apport du secteur privé, incluant le domaine de la prestation de services de santé et non seulement la fourniture de services périphériques. Le tout, dans le but d'assurer des services de la plus haute qualité possible, à l'intérieur d'un système universel et véritablement accessible.

Je remercie sincèrement nos collègues qui ont signé très majoritairement le rapport (81 %) et y ont contribué si généreusement, tout au long de la centaine d'heures de discussions que nous avons tenues, en faisant preuve d'une grande sensibilité à l'égard des enjeux cruciaux auxquels nous sommes tous confrontés à titre de citoyennes et de citoyens. Deux membres signataires ont fait part de certaines réserves qui sont reproduites à l'annexe 2 du premier tome du rapport.

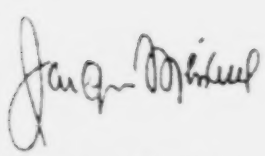
Les membres issus du bloc syndical ont préféré ne pas signer la globalité du rapport, notamment à cause de l'ouverture faite au secteur privé et à l'économie sociale, même si ces ouvertures sont très balisées et soumises à un encadrement public très strict, orientation qui semble bénéficier d'un appui important au sein de la population québécoise. Ils ne reconnaissent pas non plus la gravité de la situation financière à laquelle le gouvernement du Québec et toutes les Québécoises et tous les Québécois, par le fait même, sont confrontés. Nous respectons leurs choix auxquels la majorité des membres du comité n'a pas adhéré. Je tiens à souligner par ailleurs leur contribution aux débats tout au long de nos travaux qui se sont déroulés cordialement dans le plus grand respect d'opinions manifestement divergentes à certains égards. Par souci de transparence, leur manifeste, qui n'ouvre malheureusement pas d'avenue réaliste de solution au problème pourtant bien réel auquel le Québec est confronté, est reproduit intégralement au tome 2 du rapport.

Je remercie chaleureusement nos invités qui nous ont fait part des résultats de leurs recherches et nous ont fait partager leurs expertises. Certaines de leurs contributions sont reproduites au tome 2 du rapport. Je remercie également les fonctionnaires qui nous ont apporté un soutien très professionnel, notamment ceux du ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi que les hauts fonctionnaires du ministère des Finances et du Conseil du trésor. Qu'il me soit permis de souligner la contribution exceptionnelle de mon secrétaire général pour son appui inconditionnel tout au long des travaux ainsi qu'à la rédaction du rapport.

Je remercie enfin le Conseil des ministres du gouvernement du Québec pour la confiance qu'on nous a témoignée en nous confiant cet important mandat.

Mon plus grand souhait est maintenant que ces travaux contribuent au débat public qui nous attend au cours des prochains mois et que les idées contenues dans notre rapport inspirent le gouvernement dans les décisions éclairées qu'il devra prendre dans le domaine de la santé et des services sociaux au profit particulièrement des générations qui nous suivent.

Veuillez accepter, messieurs les ministres, mes salutations distinguées.



L. Jacques Ménard,
Président

RAPPORT DU COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA PÉRENNITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

POUR SORTIR DE L'IMPASSE : LA SOLIDARITÉ ENTRE LES GÉNÉRATIONS

JUILLET 2005

Le 22 juillet 2005

Monsieur Michel Audet
Ministre des Finances

Monsieur Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Messieurs les Ministres,

Il nous fait plaisir, à titre de membres du Comité sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, de vous transmettre notre rapport.

Conformément au mandat qui nous a été confié par le gouvernement du Québec, le 21 décembre 2004, nous vous transmettons des recommandations qui permettront au gouvernement :

- de résoudre le problème du manque à pourvoir pour la santé et les services sociaux et de répondre aux besoins du secteur;
- d'assurer la pérennité du système de santé et de services sociaux, en s'appuyant sur les valeurs partagées de respect, tant des bâtisseurs actuels du Québec que des générations à venir;
- de mettre en application un plan global comportant des mesures complémentaires à court, à moyen et à long terme.

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez témoignée en nous confiant ce mandat.

Veuillez agréer, messieurs les Ministres, l'expression de nos meilleurs sentiments.

L. Jacques Ménard
Président

Daniel Adam
Membre

Jean-Stéphane Bernard
Membre

Jean-Pierre Chicoine
Membre

Michel Clair
Membre

Jean-Marie Dumesnil
Membre

Henri Elbaz
Membre

Jean-Pierre Hotte
Membre

Marie-Claude Martel*
Membre

Nancy Neamtan*
Membre

Pierre Ouellette
Membre

Vincent Simonetta
Membre

Gilles Taillon
Membre

* Ces membres ont signé le rapport, mais formulent une dissidence sur certains points qui est présentée à l'annexe 2 du tome 1

TABLE DES MATIÈRES

	Avant-propos	1
	Introduction	3
	Une menace sérieuse	3
	Des finances publiques « sursollicitées »	3
	Des solutions rigoureuses	3
	Une culture à changer	4
	Le contenu du rapport	5
	Partie 1 : Contexte et analyse de la situation	7
1.	**Valeurs et principes**	8
1.1	Équité	8
1.2	Solidarité	8
1.3	Responsabilité personnelle et collective	9
1.4	Imputabilité	9
1.5	Financement public : un principe incontournable	10
2.	**Survol des finances publiques du Québec**	11
2.1	Notre richesse collective	11
2.2	L'évolution de notre richesse collective	12
2.3	Des dépenses publiques plus élevées au Québec	14
2.4	Un niveau d'endettement très élevé	15
2.5	Un fardeau fiscal très lourd	16
3.	**Évolution des dépenses de santé et de services sociaux**	17
3.1	Une part croissante des dépenses de programmes	17
3.2	Des économies coûteuses	17
3.3	Les principales sources de croissance des dépenses	19
4.	**Comparaison des dépenses de santé du Québec avec celles d'autres juridictions**	23
4.1	Des dépenses totales de santé *per capita* inférieures à celles des provinces canadiennes, pour des services comparables	23
4.1.1	*Les ressources humaines et technologiques au Québec sont comparables à celles des autres provinces canadiennes*	24
4.1.2	*Les dépenses de rémunération sont moins élevées au Québec que dans les provinces canadiennes*	24
4.2	Des dépenses totales de santé par rapport au PIB comparables à la moyenne canadienne	25
4.3	Des dépenses totales de santé parmi les plus élevées sur le plan international	26
5.	**Évolution systémique des dépenses de santé et de services sociaux**	28
5.1	Les principaux facteurs structurels de croissance	28
5.1.1	*Le vieillissement de la population*	28
5.1.2	*L'évolution des pratiques médicales et chirurgicales*	30
5.1.3	*L'évolution des technologies et des médicaments*	31
5.2	Une croissance structurelle estimée entre 5 % et 6 % par année	32

6. **Évaluation de l'impasse financière** 35
6.1 Évolution projetée des dépenses publiques de santé et de services sociaux 35
6.1.1 *Scénario de base* 35
6.1.2 *Scénario avec ajout de ressources pour amélioration des services* 38
6.2 Évolution projetée des finances publiques du Québec 40
6.2.1 *Les impacts du choc démographique sur l'économie* 40
6.2.2 *Les impacts du choc démographique sur les finances publiques* 42
6.3 Évaluation de l'impasse financière reliée au secteur de la santé et des services sociaux 43

Partie II : Avenues de solution dans le cadre d'une stratégie intégrée 47
1. Mettre en œuvre une stratégie intégrée 48
2. Contrôler l'évolution de la dette 51
3. Amener le gouvernement fédéral à accroître ses transferts au Québec 53
4. Améliorer l'efficience et l'efficacité du système de santé et de services 55
4.1 Améliorer l'organisation générale des services, aujourd'hui trop axée sur les services curatifs et spécialisés et les services institutionnels 57
4.1.1 *Consolider les services de première ligne* 57
4.1.2 *Concentrer les services de santé spécialisés* 58
4.1.3 *Hiérarchiser les services* 59
4.1.4 *Substituer des services « légers » aux services en établissement* 60
4.1.5 *Accentuer la prévention et la promotion de la santé et du bien-être* 60
4.1.6 *Soutenir les initiatives citoyennes pour répondre aux besoins de services de promotion et de prévention* 61
4.2 Mobiliser les médecins 63
4.3 Moderniser les modes d'allocation budgétaire 64
4.4 Optimiser les compétences de la main-d'œuvre et adapter l'organisation du travail ... 65
4.5 Agir sur les principaux facteurs de croissance des coûts 66
4.6 Implanter une culture de l'évaluation et renforcer la reddition de comptes 67
5. **Recourir davantage au secteur privé** 69
5.1 Du risque d'un système à deux vitesses à l'opportunité de revitaliser les services publics 69
5.2 Fixer les paramètres souhaitables de la prestation de services par le secteur privé ... 70
5.3 Les grands projets de construction, d'agrandissement ou de mise à niveau d'installations 71
5.4 Les services périphériques de soutien et d'administration 73
5.5 La prestation de services sociosanitaires 74
5.5.1 *Les services dispensés aux personnes en perte d'autonomie* 74
5.5.2 *Les services hospitaliers diagnostiques ou thérapeutiques* 75
5.5.3 *Les cliniques communautaires et coopératives de santé* 77
5.6 Les donations faites à des institutions de santé et de services sociaux 78
6. **Mettre sur pied un Régime d'assurance contre la perte d'autonomie** 81
6.1 Les risques liés à la perte d'autonomie et l'opportunité d'un Régime d'assurance collective 81
6.2 Préparer l'avenir pour toutes les générations : soutenir les jeunes vulnérables aujourd'hui 82
6.3 La nature, le financement et les objectifs du régime 83
6.4 Un nouveau cadre de gestion accordant un rôle central aux CSSS 83
6.5 Les services assurés et les bénéficiaires admissibles 84
6.6 La structure et les modalités des contributions financières 84
6.6.1 *Hypothèses de simulation de cotisation au Régime* 85
6.6.2 *Résultat des simulations* 85

6.7 Un Régime d'assurance permettant de mutualiser les risques de façon plus équitable que les alternatives envisageables 86
7. **Créer un compte santé et services sociaux** 89

8. **Envisager d'autres sources de revenus** 93
8.1 Impôt des particuliers 93
8.1.1 *Impôt sur le revenu des particuliers* 93
8.1.2 *Prime santé* 94
8.2 Impôt des sociétés 94
8.3 Taxes à la consommation 94
8.3.1 *TVQ* 94
8.3.2 *Taxe sur les carburants* 95
8.3.3 *Taxe sur le tabac* 95
8.3.4 *Taxe sur les boissons alcoolisées* 95
8.3.5 *Loto-Québec et SAQ* 95
8.3.6 *Taxe sur la « malbouffe »* 96
8.4 Vente d'actifs 96
8.5 Droits d'immatriculation et permis de conduire 96
8.6 Le choix optimal 96
Conclusion 97
Liste des recommandations 101
Liste des propositions 107
Bibliographie 111
Remerciements 115
Annexe I 117
Mandat du Comité 119
Membres du Comté 121
Annexe 2 123
Réserves 125
Annexe 3 127
Problématiques particulières 129
Annexe 4 135
Sommaire des consensus des différentes commissions et études au Canada 137

Avant-propos

Le Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec a été mis sur pied le 21 décembre 2004. Le mandat suivant a été confié au comité :

- proposer des solutions concrètes qui permettront au gouvernement de résoudre le problème de ressources à pourvoir dans le domaine de la santé et des services sociaux et de répondre aux priorités du secteur;

- proposer, à moyen et à long terme, des solutions réalisables au Québec qui permettront d'assurer la pérennité du système de santé et de services sociaux en s'appuyant sur les valeurs partagées de respect, tant des bâtisseurs actuels du Québec, que des générations à venir;

- proposer un plan d'action global comportant des mesures complémentaires à court, à moyen et à long terme.

Le mandat complet ainsi que la liste des membres sont présentés à l'annexe 1 du tome 1 du rapport.

Les membres du comité tiennent à rappeler qu'ils ne prétendent, en aucune façon, être des spécialistes dans les multiples domaines abordés tout au long de leurs travaux. Leur mandat résulte du Forum des générations, tenu en octobre 2004 sous l'égide du Premier ministre du Québec. Ce forum a rassemblé des représentants de la société civile québécoise intéressés à se pencher sur deux grands thèmes fondamentaux pour notre avenir collectif : les finances publiques et l'évolution de la démographie du Québec. Il fut décidé alors de constituer un comité de travail ayant pour mandat de suggérer des pistes de solution visant à assurer la pérennité du système québécois de santé et de services sociaux. Le rapport de ce comité de travail constitue la contribution personnelle des membres à la réflexion sur ce grand enjeu de notre société. C'est donc à titre individuel qu'ils ont contribué à cette réflexion et soumis les recommandations qui suivent.

Introduction

L'avenir du système québécois de santé et de services sociaux apparaît de plus en plus incertain. Si rien ne change, notre système, tel que nous le connaissons, ne sera plus viable à moyen et à long terme, faute de pouvoir le financer adéquatement.

Une menace sérieuse

L'impasse dans laquelle l'avenir de notre système risque de se retrouver provient de plusieurs causes : besoins en ressources financières disproportionnés par rapport aux budgets disponibles, pénurie de ressources humaines, vétusté des parcs immobiliers, retards technologiques coûteux, pour ne citer que ces quelques exemples.

À lui seul, le secteur sociosanitaire représente plus de 43 % des dépenses de programmes du gouvernement du Québec, en 2005-2006, comparé à 34,5 % il y a dix ans. Ce secteur a accaparé 65 % des crédits additionnels octroyés à l'ensemble des programmes gouvernementaux au cours de la période de 2003-2004 à 2005-2006. Cela s'est produit, il est important de le souligner, avant même que le Québec ne soit frappé de plein fouet par le vieillissement accéléré de sa population.

Les impacts financiers dus à ce vieillissement alarmant de notre population – le troisième plus rapide des pays industrialisés après le Japon et l'Italie - seront combinés aux coûts très élevés entraînés par l'évolution des technologies reliées au secteur sociosanitaire. Or, pendant que nos coûts s'alourdiront de façon spectaculaire, le nombre de personnes en âge de travailler, pour chaque personne de 65 ans ou plus, passera de cinq aujourd'hui à deux, vers 2030. Dans ce contexte, le maintien intégral des modes actuels de financement du système et du niveau actuel de services pourrait, dans un avenir assez proche, mettre en cause l'équité et la solidarité entre les générations.

Des finances publiques « sursollicitées »

Pendant que le secteur sociosanitaire accapare une part de plus en plus importante des ressources financières de l'État, le Québec peine à financer son système d'éducation, à entretenir ses routes et à assurer le maintien de l'ensemble de ses infrastructures. Le Québec, la province la plus endettée au Canada, consacre déjà 13 % de ses revenus à son service de la dette. Donc, peu de marge de manœuvre de ce côté. Au plan fiscal, les Québécois comptent parmi les citoyens les plus taxés en Amérique du Nord.

Or, la mondialisation place le Québec face à des défis considérables qui monopoliseront un niveau sans précédent de ressources que nous devrons bien trouver quelque part, tout en assurant le financement de l'ensemble des activités qui incombent à tout gouvernement.

Des solutions rigoureuses

Il apparaît clairement que des solutions rigoureuses doivent rapidement être mises en place pour sauver notre système de santé et de services sociaux de la dégradation qui le

menace si rien n'est fait. Le mandat du comité est de proposer des solutions qui devront aller au-delà des propositions usuelles de réformes organisationnelles et d'ajouts ponctuels d'argent frais dans le système.

Le Québec doit se donner collectivement une « feuille de route » et les moyens de rendre ce système viable à long terme, afin que les générations montantes puissent, elles aussi, bénéficier d'un système de santé et de services sociaux de qualité, à un coût raisonnable.

Dans cette perspective, le mandat du comité est d'abord et avant tout d'ordre financier. Sans perdre de vue une responsabilisation accrue des intervenants et des clientèles et la réorganisation de certains services pour l'atteinte d'une efficacité maximale, l'objet principal de ses recommandations porte sur les moyens financiers nécessaires pour assurer la pérennité de l'ensemble.

C'est à ce défi que le comité s'est attaqué. Au-delà de toute démarche idéologique, les signataires de ce rapport ont formulé des propositions de solutions à la mesure des besoins auxquels le système sociosanitaire québécois est confronté.

Trois grands points de repère ont guidé les membres du comité dans la recherche de solutions :

- l'équité intergénérationnelle;
- la responsabilisation des Québécoises et des Québécois à l'égard de leur système de santé;
- l'imputabilité des intervenants et des gestionnaires dans tout le système sociosanitaire.

Une culture à changer

L'amélioration de notre système de santé et l'élargissement de son accessibilité exigent un changement dans notre façon de concevoir et de traiter l'enjeu de la santé. Les services de santé ne sont pas des biens de consommation que l'on voudrait rendre disponibles en plus grande quantité et à meilleur prix.

La bonne santé des citoyens est une responsabilité individuelle, mais aussi collective. Les citoyennes et les citoyens du Québec identifient la santé comme étant l'une de leurs grandes priorités. Chacun a un rôle à jouer dans le bon fonctionnement du système, que ce soit en adoptant des habitudes de vie saines, en utilisant de façon raisonnable les services disponibles, en participant à une entraide collective ou en exigeant qualité et respect dans la livraison des services.

Pour leur part, les institutions de santé et les administrations publiques ont la responsabilité de rendre disponibles les informations et les outils nécessaires à la population afin que les citoyennes et les citoyens puissent se responsabiliser en regard du système de santé. L'avenir de ce système ne peut reposer sur le seul avis des experts; c'est l'ensemble des Québécoises et des Québécois qui tiennent entre leurs mains l'avenir de leur système de santé et de services sociaux.

Le contenu du rapport

Le tome 1 de ce rapport comporte deux grandes parties.

La première partie présente le contexte et l'analyse de la situation en traitant des aspects suivants :

1. Valeurs et principes
2. Survol des finances publiques du Québec
3. Évolution des dépenses de santé et de services sociaux
4. Comparaison des dépenses de santé du Québec avec celles d'autres juridictions
5. Évolution systémique des dépenses de santé et de services sociaux
6. Évaluation de l'impasse financière

La deuxième partie présente des pistes de solution envisageables dans le cadre d'une stratégie intégrée :

1. Mettre en oeuvre une stratégie intégrée
2. Contrôler l'évolution de la dette
3. Amener le gouvernement fédéral à accroître ses transferts au Québec
4. Améliorer l'efficience et l'efficacité du système de santé et de services sociaux
5. Recourir davantage au secteur privé
6. Mettre sur pied un Régime d'assurance contre la perte d'autonomie
7. Créer un « compte » santé et services sociaux
8. Envisager d'autres sources de revenus

Le tome 2 de ce rapport regroupe des textes de diverses provenances, traitant de multiples facettes de la santé et des services sociaux.

Partie I : Contexte et analyse de la situation

1. Valeurs et principes

Avant de se pencher sur l'organisation des services et sur le financement du système de santé et de services sociaux au Québec, les membres du comité ont identifié clairement les valeurs qui le sous-tendent.

Quatre valeurs fondamentales ont été retenues :

- Équité
- Solidarité
- Responsabilité personnelle et collective
- Imputabilité

Chacune de ces valeurs repose sur des considérations qui leur donnent vie et constituent un encadrement effectif dans la réalité.

1.1 Équité

L'équité, qui consiste essentiellement à donner à chacun ce qui lui est dû, est définie en tenant compte de la disponibilité des ressources, et donc des services, en regard de plusieurs critères qui, dans les faits, conditionnent l'accès à ces services. Ceci nous amènera inévitablement à devoir faire des choix, puisque les besoins sont illimités alors que les ressources sont, au contraire, limitées.

L'équité doit être comprise comme une valeur qui se manifeste tant entre les individus qu'entre les générations. Les solutions recherchées dans le cadre de cette démarche doivent faire porter le plus possible le fardeau financier sur les générations utilisatrices des services, et non reporter sur les générations futures le coût des services offerts aujourd'hui. Bref, il faut faire en sorte que les membres de la génération montante disposent de la même marge de manœuvre que leurs prédécesseurs pour faire des choix.

Cela étant, il est utile de rappeler que le Québec s'est construit sur de grandes solidarités. Par exemple, la génération dite des « baby-boomers » a contribué largement à la mise sur pied du Régime de rentes du Québec au profit, au départ du moins, de la génération qui l'a précédée. Les mêmes « baby-boomers » ont bâti les grandes institutions qui ont servi de tremplin au Québec moderne, tout comme ils ont édifié le système québécois d'éducation qui permet aux générations montantes de s'instruire à peu de frais, en regard de la situation qui prévaut dans les juridictions environnantes.

Par ailleurs, il ne faut pas confondre équité et égalité. Par exemple, un système qui offre à tous les citoyens les mêmes services en même temps s'avère théoriquement égalitaire. Toutefois, il pourrait devenir rapidement inéquitable puisque, dans la réalité, le rationnement des ressources oblige à établir des priorités.

1.2 Solidarité

La solidarité compte pour beaucoup dans l'approche québécoise en matière de santé et de services sociaux, comme en témoignent les particularités de notre système et ce,

même au prix parfois d'un fardeau fiscal élevé en regard d'autres sociétés comparables à la nôtre.

Cette solidarité s'articule autour de divers paramètres.

- C'est d'abord et avant tout le niveau de financement public soutenant le système de santé et de services sociaux qui témoigne de la solidarité d'une société.
- Deuxièmement, la solidarité se mesure en regard de la contribution de tous les segments de la société, individus et entreprises, au financement du système.
- Enfin, une société solidaire prend en compte l'équité intergénérationnelle dans le financement de son système, en évitant notamment de refiler aux générations futures les coûts encourus aujourd'hui.

Enfin, c'est la solidarité qui engendre la compassion. Cela se traduit par une propension à faire preuve de sensibilité à l'égard des maux d'autrui et à en partager le fardeau. Là aussi, la compassion s'inscrit dans la réalité, c'est-à-dire dans la capacité du système de livrer les services requis.

1.3 Responsabilité personnelle et collective

La capacité de notre système d'offrir à tous les citoyens du Québec les services gratuits demandés et ce, dans des délais raisonnables, dépend, dans une certaine mesure, du niveau de responsabilité personnelle assumé par les citoyens, tant à l'égard de leur propre santé que de l'utilisation qui est faite du système lui-même.

Cette responsabilité doit être assumée sur une base individuelle, familiale ou collective. Historiquement, les citoyens du Québec se sont organisés collectivement de diverses façons, au niveau local, afin de développer des réponses à leurs besoins de santé et de services sociaux. Qu'il s'agisse d'organismes communautaires, d'entreprises coopératives ou sans but lucratif ou d'actions municipales, des initiatives locales de prévention et de création de services de proximité font partie du réseau formel et informel de services de santé et de services sociaux.

Cette prise en charge individuelle et collective est l'un des principes de base sur lesquels notre système repose. Ainsi, l'adoption et le maintien d'habitudes nuisibles à la santé tels le tabagisme, une alimentation malsaine, le sédentarisme à outrance, pour ne citer que ces exemples, constituent autant de comportements personnels qui contribuent à alourdir la facture du système de santé et en encombrent l'accès.

L'enjeu de la santé et du bien-être est une responsabilité partagée entre le citoyen, la collectivité et l'État. La pérennité du système ne sera assurée que dans la mesure où chaque niveau d'intervenants assumera ses responsabilités.

1.4 Imputabilité

La pérennité du système de santé et de services sociaux repose également sur l'imputabilité des gestionnaires et des professionnels du réseau. La qualité de la gestion du réseau, à tous les niveaux, et la rigueur qui prévaut dans la reddition de compte

influencent profondément la qualité et l'efficacité de tout le système. Une gestion serrée des ressources, une évaluation constante des technologies et des façons de faire, ainsi qu'une saine évaluation des performances en fonction d'objectifs clairement établis, voilà autant de facteurs qui facilitent l'optimisation des ressources humaines, techniques et financières, tout en contribuant à accroître l'accessibilité et l'efficacité de l'ensemble du système.

1.5 Financement public : un principe incontournable

La recherche de solutions visant à assurer la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec passe par le respect des valeurs que l'on vient d'évoquer et par leur application concrète dans la réalité des Québécoises et des Québécois.

Le comité tient à rappeler que le respect de ces valeurs est incompatible avec toute forme de système dit « à deux vitesses ».

Le Québec s'est doté d'un système de santé et de services sociaux dont le financement est public. Il est impérieux qu'il le demeure. Ceci n'exclut en rien une prestation de services par le secteur privé, à l'intérieur de paramètres déterminés par l'État. Ces paramètres restent toutefois en grande partie à fixer, mais le financement de ces services doit demeurer public.

À cet égard, le récent jugement de la Cour suprême du Canada levant, au Québec, l'interdiction de contracter une assurance privée pour défrayer le coût de services sous la juridiction de la Loi canadienne de la santé, ouvre la porte au financement privé des services de santé et à la prestation privée de services dans ce domaine.

Le comité croit fermement que ce jugement offre une occasion exceptionnelle pour clarifier et circonscrire la prestation de services de santé offerts par le secteur privé et, en même temps, pour garder la porte aussi fermée qu'il est possible de le faire, eu égard aux chartes des droits de la personne, au financement privé du système de santé. Le Québec ne doit pas rater cette occasion de raffermir la solidarité des Québécoises et des Québécois et leur engagement sans équivoque à l'égard d'un financement collectif des services de santé.

2. Survol des finances publiques du Québec

Un premier constat s'impose : au Québec, l'État finance 70 % des dépenses de santé et de services sociaux, contre 30 % qui provient d'un financement privé (par exemple, les soins dentaires, certains examens de la vue, la franchise et les contributions au paiement des médicaments, etc.). Ce qui démystifie, d'entrée de jeu, la croyance largement répandue à l'effet qu'il n'y aurait pas de financement privé dans le domaine de la santé et des services sociaux au Québec, ni de prestation de services privés. En fait, le Québec et le Canada en général se caractérisent par le financement public total, sans contribution directe des usagers, d'un panier de services plus limité lorsque comparé à des pays comme la Suède ou la France. Alors qu'au contraire, dans ces pays, le panier de services assurés est plus large, mais son financement plus restreint.

Il n'en demeure pas moins que l'état des finances publiques et la capacité de l'État d'attribuer des ressources financières suffisantes à la mission « santé et services sociaux » constituent des facteurs clés pour assurer la pérennité du système. Particulièrement au moment où d'autres missions nécessitent aussi des investissements importants, comme l'éducation, la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, l'environnement, le transport et les infrastructures publiques, etc.

Examinons donc les grands paramètres qui témoignent de l'état de nos finances publiques.

2.1 Notre richesse collective

Les finances publiques d'un gouvernement sont directement tributaires de la richesse relative de la population concernée. C'est en s'appuyant sur cette richesse que l'État prélève ses taxes et ses impôts. Qu'en est-il au Québec ?

Par rapport à un grand nombre de pays à travers le monde, le Québec se situe parmi les populations les plus riches de la planète. Notre niveau de vie témoigne de cette richesse relative, en regard de la plupart des pays d'Europe de l'Est, d'Afrique, d'Amérique du Sud et d'Asie.

Par contre, la richesse des Québécois est inférieure à celle de leurs voisins immédiats. Ce qui est très important puisque c'est plus particulièrement avec ces populations que nous nous comparons. C'est aussi avec les économies voisines que la plus grande partie de nos échanges commerciaux est effectuée. Par exemple, 82 % du commerce international du Québec se fait avec les États-Unis qui achètent 56 MM$ de produits et services québécois, alors que nous achetons 25 MM$ de produits et services américains. Le graphique 1 fait état du PIB réel par habitant du Québec, comparé à d'autres juridictions au Canada.

GRAPHIQUE 1
PRODUIT INTÉRIEUR BRUT RÉEL PAR HABITANT, 2004
Québec, Ontario et moyenne canadienne
(En dollars)

Source : Statistique Canada

Une première constatation s'impose : le réservoir économique qui alimente les finances publiques au Québec est plus restreint que dans la plupart des juridictions avoisinantes. Selon la Chambre de commerce du Montréal métropolitain[1], bien que la ville de Montréal soit le moteur économique le plus important du Québec, elle occupe le 26e rang sur 26 parmi les régions métropolitaines les plus importantes en Amérique du Nord pour le revenu brut par habitant. Certains argumenteront que le niveau de vie est plus élevé au Québec que dans la plupart des autres régions nord-américaines. Or, selon une étude réalisée par Industrie Canada[2], le Québec se classe au 52e rang parmi les 60 juridictions nord-américaines (provinces canadiennes et états américains) à cet égard.

Dans ce contexte, il devient d'autant plus important de s'assurer que les programmes mis en place et leurs modes de financement freinent le moins possible la croissance de l'économie et ce, même si les revenus de péréquation versés au Québec permettent de compenser partiellement pour notre richesse moindre.

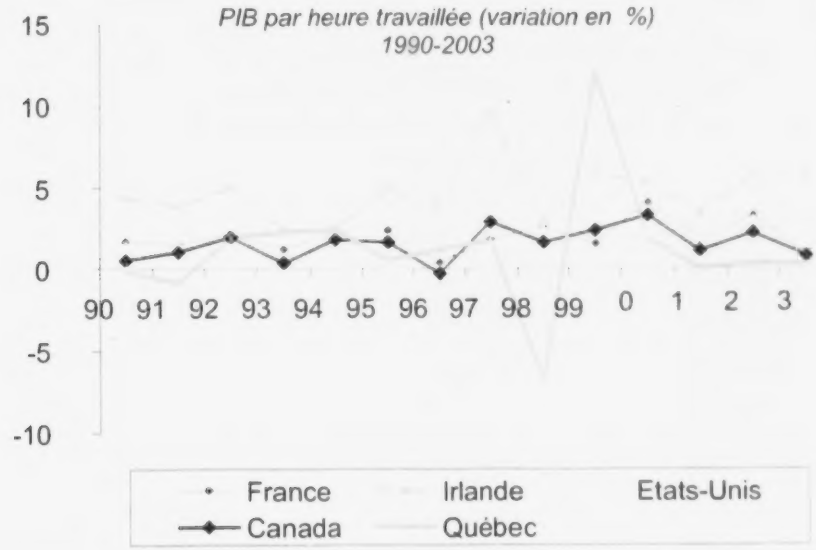
2.2 L'évolution de notre richesse collective

La croissance de notre richesse collective risque d'être ralentie par un faible taux de croissance de la productivité et éventuellement, par un rapide déclin démographique au Québec.

[1] Chambre de commerce du Montréal métropolitain, *Tableau de bord*, juin 2004, p. 3
[2] Industrie Canada, *A Regional Perspective on the Canada-US Standard of Living Comparison*, Occasional Paper Number 22, p.10

Au plan de la productivité, le Québec affiche un retard par rapport à la moyenne canadienne. *« Lorsque l'on compare la croissance de la productivité du travail au Canada à celle de quelques partenaires de l'OCDE, le Canada accuse un retard. Puisque la productivité au Québec est plus faible que la moyenne canadienne, alors le Québec prend un retard important face à ses partenaires économiques internationaux, comme en témoigne le graphique 2. En plus d'affecter notre capacité de redistribuer la richesse dans la même mesure que le font nos partenaires commerciaux, un PIB par habitant comparativement faible affecte notre capacité d'attirer des investissements étrangers, d'une part, et des travailleurs de haut niveau, d'autre part. Il est donc doublement important d'éviter toute politique qui pourrait avoir un impact négatif sur l'activité économique déjà fragile du Québec ».* [3]

GRAPHIQUE 2



Source : OCDE et Statistique Canada.
Graphique extrait de CASTONGUAY, Johanne et al.,Pour un financement durable de la santé au Québec.

La croissance démographique joue également un rôle dans l'évolution de notre richesse collective. *« Selon le scénario démographique de référence, le rythme d'augmentation de la population ralentirait rapidement au cours de la période 2004 à 2050. Ce rythme de ralentissement de la croissance de la population mènerait même, à partir de 2032, à une diminution de la population ».* [4] Nous reviendrons plus loin sur l'ensemble des conséquences de cette diminution appréhendée de la population du Québec.

Pour l'instant, retenons simplement qu'il serait vain de miser sur le facteur démographique pour escompter une croissance significative de l'économie du Québec. De plus, l'effet net de ce ralentissement de la croissance démographique, conjugué au vieillissement de la

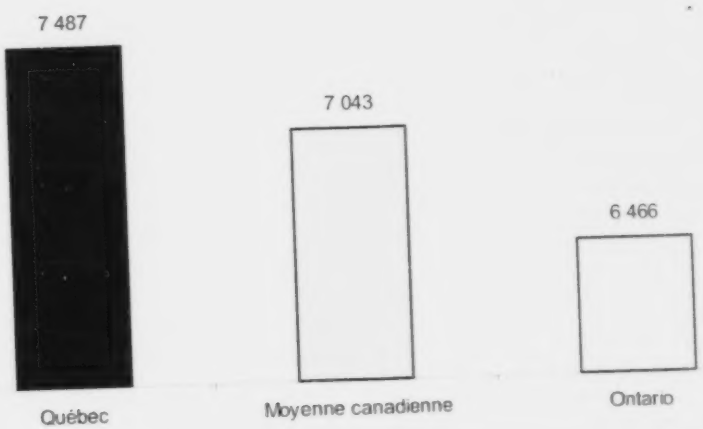
[3] Castonguay, J., Giroux, V., Montmarquette, C. 2005, « Pour un financement durable de la santé au Québec », p. 15.
[4] « Impact des changements démographiques sur l'économie, le marché du travail et les finances publiques du Québec », Finances Québec, 2005, p.4.

population, implique notamment qu'un nombre moindre de contribuables supporteront le fardeau fiscal.

2.3 Des dépenses publiques plus élevées au Québec

Malgré une richesse collective inférieure à celle de la moyenne des provinces canadiennes, le Québec a des dépenses publiques globales plus élevées et cela, dans une mesure non négligeable. Ainsi, les dépenses du gouvernement du Québec ont atteint 7 487 $ par habitant en 2004-2005, comparativement à 7 043 $ par habitant pour l'ensemble des provinces canadiennes et 6 466 $ par habitant pour l'Ontario. Cela représente un écart de dépenses de 3 MM$ par rapport à l'ensemble des provinces et de 7,5 MM$ par rapport à l'Ontario.

GRAPHIQUE 3
DÉPENSES TOTALES PAR HABITANT, 2004-2005[1]
Québec, Ontario et moyenne canadienne
(En dollars)



[1] Dépenses totales incluant le service de la dette.
Source : Budgets du Canada et des provinces canadiennes

Cet écart de dépenses provient de deux sources :

- d'abord, les dépenses de programmes par habitant sont plus élevées au Québec que dans l'ensemble des provinces. Comme les salaires et le coût de la vie sont plus faibles au Québec que dans l'ensemble des provinces et qu'en Ontario en particulier, cet écart s'explique par le fait que le Québec s'est doté, au fil des ans, d'un éventail de services publics plus large;

- par ailleurs, les dépenses au titre du service de la dette par habitant sont également plus élevées au Québec qu'en moyenne au Canada, en raison de l'endettement plus élevé du Québec.

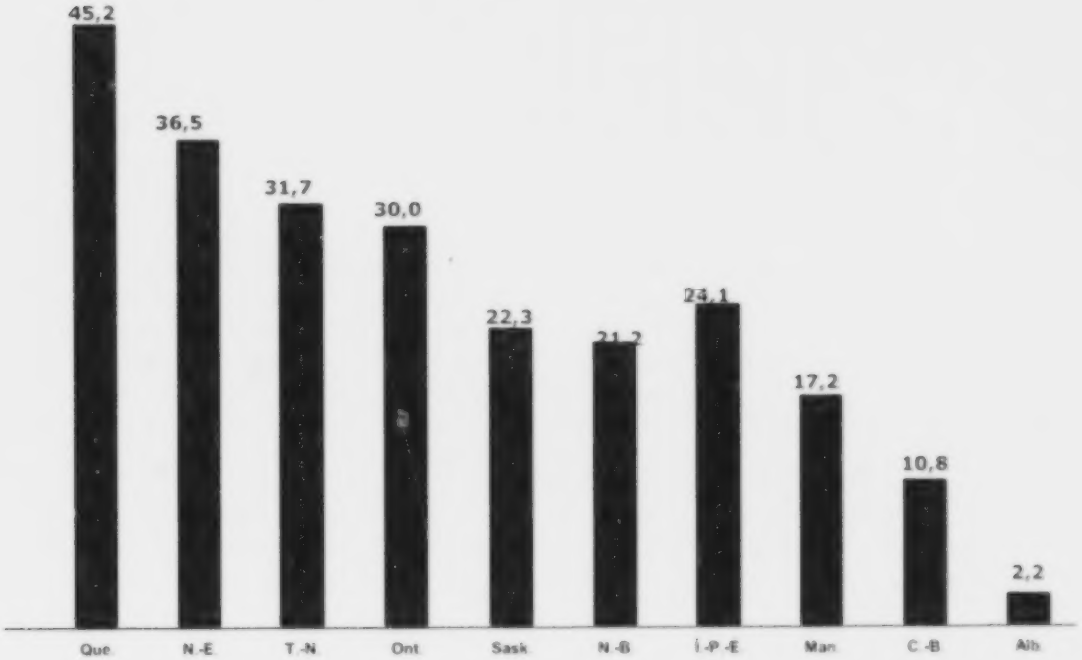
- enfin, cet écart s'explique par le fait que certaines dépenses publiques coûtent moins cher *per capita* lorsqu'elles sont réparties sur une population plus importante, ce qui est le cas en Ontario par rapport au Québec.

2.4 Un niveau d'endettement très élevé

En raison de son endettement, et donc de son service de la dette plus élevé, le Québec peut offrir moins de services publics pour un même fardeau fiscal par rapport à son PIB. *« Le Québec est actuellement la plus endettée des provinces canadiennes et cet endettement élevé a des conséquences importantes, notamment le coût toujours plus élevé du service de la dette. (...) La dette totale du gouvernement représente aujourd'hui 44 % [au 31 mars 2005] du PIB (...) ».*[5]

L'ampleur de la dette du gouvernement du Québec fait en sorte que chaque Québécois consacre environ 1 000 $ en moyenne par année au paiement des intérêts sur la dette publique. De plus, malgré l'importance de ces prélèvements (13 % du total des dépenses du gouvernement, contre environ 5 % au début des années 1970), le montant de la dette ne diminue pas pour autant puisqu'ils ne servent qu'à payer les intérêts.

GRAPHIQUE 4
Dette totale du gouvernement au 31 mars 2004, Québec et autres provinces canadiennes
(En pourcentage du PIB)



[5] « Discours sur le budget 2005-2006 », Finances Québec, p. 35.

2.5 *Un fardeau fiscal très lourd*

Le niveau relativement faible de notre richesse collective en regard des standards nord-américains, la facture élevée des services offerts aux Québécois et le taux très élevé d'endettement valent aux Québécois le fardeau fiscal le plus élevé au Canada. À titre de comparaison, si le Québec appliquait à ses contribuables le même régime d'imposition que l'Ontario pour l'année 2005, les contribuables québécois verraient leur fardeau fiscal diminuer de 3,8 MM$. En tenant compte des autres impôts et taxes, l'écart atteindrait 5,1 MM$.

Au chapitre de l'impôt des particuliers, le problème s'aggrave du fait qu'une proportion croissante de contribuables ne paie pas d'impôts (40,7 % en 2002, contre 25,4 % en 1987), ce qui a pour effet d'alourdir le fardeau fiscal de ceux qui contribuent au financement des services publics.

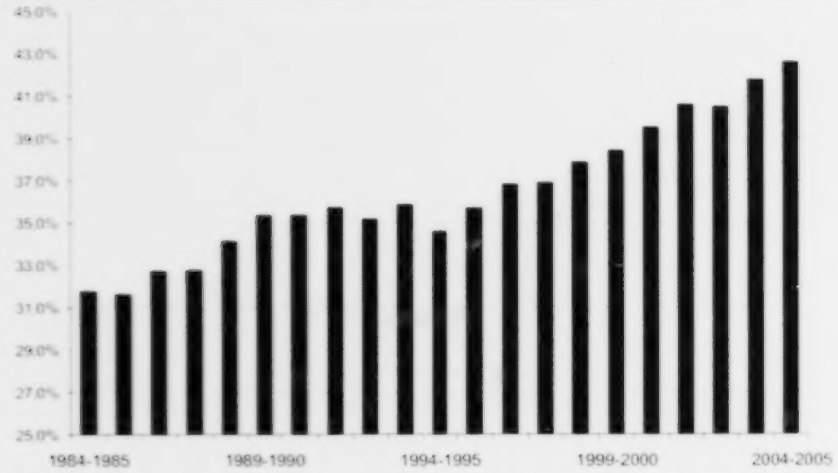
Du côté des sociétés, c'est le Québec qui impose la charge fiscale la plus lourde en proportion de son PIB au Canada. Si l'impôt sur le revenu des sociétés est relativement plus faible au Québec, ce sont les charges fixes qui désavantagent nos entreprises par rapport à leurs concurrentes canadiennes. En fait, les taxes sur le capital et sur la masse salariale ont pour effet de taxer l'investissement et la création d'emplois. Ces taxes s'appliquent même pour des entreprises qui traversent des périodes difficiles et ne déclarent pas de profits.

3. Évolution des dépenses de santé et de services sociaux

3.1 Une part croissante des dépenses de programmes

Au cours des vingt dernières années, les dépenses sociosanitaires, en dollars constants, se sont accrues de près de 60 %, alors que les autres secteurs n'ont pratiquement pas connu d'augmentation réelle de leurs crédits.

GRAPHIQUE 5
Part des dépenses de santé et de services sociaux dans l'ensemble des dépenses de programmes du gouvernement, de 1984-1985 à 2004-2005
(En pourcentage)



Source : Comptes publics et Livres des crédits, Gouvernement du Québec

Au cours des vingt dernières années, la part des crédits alloués au secteur de la santé et des services sociaux dans l'ensemble des dépenses de programmes du gouvernement du Québec s'est accrue de 31,7 % à 43 %. Cette proportion ne cesse de croître, forçant le gouvernement à octroyer au secteur sociosanitaire une partie très importante de l'argent neuf dont il dispose à chaque année (71,5 % en 2004-2005), au détriment d'autres secteurs stratégiques pour assurer le développement économique, social et culturel du Québec. Or, au point de vue sociosanitaire, il est aussi important d'investir dans les autres secteurs comme l'éducation, la famille ou l'environnement qui ont, selon toute vraisemblance, des effets bénéfiques sur la santé des Québécois puisque c'est dans ces secteurs qu'on retrouve les grands déterminants de la santé.

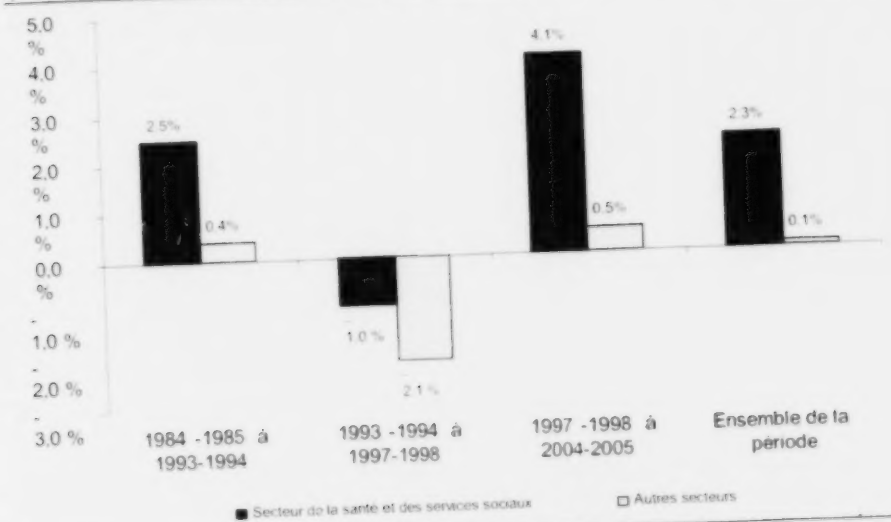
3.2 Des économies coûteuses

L'évolution des crédits budgétaires alloués au secteur de la santé et des services sociaux a été marquée par des variations annuelles significatives qui ont eu des effets importants. On peut distinguer trois grandes périodes.

Au milieu des années 1990, (après la période de 1984-1985 à 1993-1994 marquée par une évolution contrôlée des dépenses), des compressions budgétaires, bien que relativement moins importantes que celles qui ont été demandées aux autres secteurs, ont été imposées au secteur de la santé et des services sociaux. De 1993-1994 à 1997-1998, ces compressions ont seulement permis de stabiliser temporairement les dépenses sociosanitaires. Une fois les économies réalisées, des problèmes importants d'accès aux services ainsi que des déficits sont vite apparus, principalement dans les centres hospitaliers.

Pour les corriger, le gouvernement a dû consacrer au secteur sociosanitaire, de 1997-1998 à 2004-2005, des réinvestissements importants en lui accordant des hausses de crédits de 4,1 % par année en moyenne (en sus de l'inflation). Comparativement, les autres secteurs n'ont vu croître leurs crédits que de 0,5 % par année (en sus de l'inflation).

GRAPHIQUE 6
Évolution des dépenses de santé et de services sociaux, en dollars constants, selon la période, de 1984-1985 à 2004-2005
(Taux de croissance annuelle moyen)



Source : Comptes publics et Livres des crédits, Gouvernement du Québec

En rétrospective, pour l'ensemble de la période de 1985-1986 à 2004-2005, la croissance annuelle moyenne des crédits accordés à la santé et aux services sociaux (2,3 %) a été sensiblement la même que celle des années ayant précédé les compressions (2,5 %).

L'instabilité du financement a cependant entraîné des déséquilibres importants dans l'organisation des services et dans la situation financière des établissements, comme on le verra plus loin.

Selon le comité, il y a lieu de croire que des compressions additionnelles significatives dans le secteur de la santé et des services sociaux pourraient compromettre les efforts

déployés pour corriger ces déséquilibres et qu'elles devraient vraisemblablement être suivies de réinvestissements aussi, ou même plus importants que ces compressions.

3.3 Les principales sources de croissance des dépenses

Les crédits additionnels ont servi surtout à compenser l'évolution régulière des coûts des programmes et à rétablir les bases budgétaires des établissements en déficit.

Au cours de la période de 1997-1998 à 2004-2005, les crédits budgétaires du secteur de la santé et des services sociaux ont augmenté de 12,9 MM$ à 20,1 MM$, soit de 6,5 % par année en moyenne. Environ 7,1 MM$ de crédits additionnels (récurrents) ont ainsi été accordés.

TABLEAU 1
UTILISATION DES CRÉDITS ADDITIONNELS RÉCURRENTS ACCORDÉS AU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
(Période de 1997-1998 à 2004-2005)*

	Montant (millions $)	Contributions des facteurs
Croissance régulière du coût des programmes**	2 388 $	2,2 %
Assurance médicaments	1 007 $	0,9 %
Services médicaux	1 031 $	0,9 %
Redressement des bases budgétaires du réseau	765 $	0,7 %
Développement des services et coût de système-santé	1 923 $	1,8 %
Total	**7 114 $**	**6,5 %**

* Selon les dépenses probables 2004-2005
** Indexation des salaires, ajustement des contributions des employeurs, indexation des fournitures, etc.
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Environ les trois quarts de l'augmentation annuelle moyenne de 6,5 % des crédits ont servi aux fins suivantes : compenser l'indexation régulière des salaires et des fournitures des différents programmes (2,2 points de pourcentage), compenser les hausses de coûts de l'assurance médicaments (0,9 point de pourcentage) et des services médicaux (0,9 point de pourcentage), et rétablir les bases budgétaires des établissements en déficit (0,7 point de pourcentage). En conséquence, seulement le quart des crédits additionnels accordés (1,8 point de pourcentage) a été disponible pour améliorer les services et répondre aux besoins les plus pressants de la population et ce, incluant le coût de système-santé incluant notamment le vieillissement de la population, l'évolution des technologies et l'évolution des pratiques médicales et chirurgicales.

Globalement, pour la période de 1997-1998 à 2004-2005, les crédits additionnels accordés n'ont pas été suffisants pour permettre au réseau de faire face adéquatement aux pressions structurelles qui s'exercent sur les services à chaque année (i.e. : les coûts de système-santé et de services sociaux).

Il faut cependant souligner que le gouvernement a alloué, de manière additive et récurrente, 50 M$ en 2003-2004 et 114 M$ en 2004-2005, afin de permettre au réseau de faire face à ces pressions et d'ajuster les services à l'évolution des besoins et des coûts. Il

reste néanmoins que le financement insuffisant du coût de système-santé, ajouté à l'instabilité dans les crédits additionnels accordés au secteur, a eu des conséquences importantes :

- **Pénuries de main-d'œuvre** — Alors que s'opérait une importante transformation du système, la mise à la retraite de médecins, d'infirmières et d'intervenants sociaux et le contingentement du nombre de futurs médecins et d'infirmières en formation ont engendré des pénuries de main-d'œuvre dont on subit encore aujourd'hui les conséquences. Bien que certaines mesures prises aient permis d'atténuer les effets de ces décisions, les pénuries les plus importantes prendront encore quelques années avant d'être entièrement résorbées.

- **Persistance des problèmes d'accessibilité de certains services** — Les pénuries de main-d'œuvre et l'augmentation des besoins de la population ont aggravé une situation déjà difficile. Malgré les progrès réalisés, rappelons principalement : l'engorgement des urgences, l'allongement ou le maintien de listes d'attente en chirurgie et dans le traitement du cancer. Mentionnons également le nombre croissant des signalements pour les jeunes en détresse dans les centres jeunesse, l'insuffisance des services auprès de ces mêmes jeunes et de leur famille, ainsi que l'accessibilité inégale aux services de maintien à domicile, aux services de réadaptation ainsi qu'aux services offerts aux personnes en perte d'autonomie et aux personnes souffrant de troubles mentaux.

- **Détérioration de la situation financière du réseau** — Le déficit annuel du réseau, qui avait été réduit à 148 M$ en 2000-2001, n'a depuis cessé de croître. Malgré un rehaussement important des bases budgétaires accordé en 2000-2001 (650 M$), il a par la suite rapidement ressurgi pour s'élever à près de 360 M$ en 2003-2004. Il a ensuite été réduit à 235 M$ en 2004-2005 en raison d'un ajustement de la première tranche de 100 M$ (sur un montant total de 300 M$ étalé sur trois ans) accordé en 2004-2005 pour la révision des bases budgétaires des établissements.

  Pour leur part, les déficits accumulés du réseau s'élevaient à environ 1,2 MM$ au 31 mars 2005 et ce, en dépit des remboursements importants déjà effectués (800 M$ au 31 mars 1999 et 538 M$ au 31 mars 2000) et des efforts réalisés par les établissements dans le cadre des plans de réduction des déficits.

Le réseau bénéficie des ajouts les plus importants de ressources financières, mais les coûts de l'assurance médicaments croissent encore plus rapidement.

En définitive, le réseau a bénéficié d'un ajout de 4,9 MM$ (incluant le service de la dette et les activités connexes du réseau) au cours de la période de 1997-1998 à 2004-2005, ce qui représente environ 70 % de tous les crédits additionnels accordés au secteur sociosanitaire. Les crédits alloués pour l'ensemble des programmes ont crû de 6,5 %, en moyenne annuellement.

TABLEAU 2

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, DE 1997-1998 À 2004-2005

(En millions de dollars)

Catégorie de dépenses	1997-1998	2004-2005*	Écart	*Taux annuel moyen d'augmentation*
- Réseau [1]	9 563	14 457	4 894	*6,1 %*
- Assurance médicaments	695	1 703	1 008	*13,7 %*
- Services médicaux et autres programmes de la RAMQ	2 300	3 370	1 070	*5,6 %*
- Administration (ministère, RAMQ et agences) et OPHQ	265	332	67	*3,3 %*
- Fonctions nationales [2]	99	174	75	*8,4 %*
Ensemble des programmes	**12 922**	**20 036**	**7 114**	**6,5 %**

* Dépenses probables 2004-2005.

(1) Incluant les activités connexes du réseau, le service de la dette et les organismes communautaires.

(2) Incluant l'assurance hospitalisation hors Québec, l'hépatite C, la recherche, etc.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Les coûts de l'assurance médicaments assumés par le gouvernement ont de loin le plus fortement augmenté, avec un rythme de croissance moyen de 13,7 % par année.

Sur la base des données disponibles de 1998 à 2004, on peut estimer que la croissance des coûts de l'assurance médicaments provient essentiellement d'une hausse du nombre d'ordonnances par participant (10,9 % par année), et d'une augmentation du coût unitaire par jour-ordonnance (4,7 %).

Les pressions sur les dépenses des établissements proviennent principalement des fournitures, des médicaments et des heures travaillées.

Après avoir subi une réduction de leurs dépenses budgétaires de 1,3 % par année entre 1993-1994 et 1997-1998 (en dollars constants), les établissements de santé et de services sociaux ont enregistré une croissance annuelle moyenne de 3,3 %, de 1997-1998 à 2003-2004. Pour l'ensemble de la période de 1984-1985 à 2003-2004, la croissance réelle des dépenses des établissements s'est établie à 2 % par année.

La progression de 3,3 % enregistrée au cours des cinq dernières années résulte essentiellement d'une croissance réelle de 6,3 % par année des dépenses non salariales, provenant principalement d'une forte hausse des dépenses pour les fournitures médicales et chirurgicales (9 %) et pour les médicaments offerts en établissement (8,6 %).

TABLEAU 3

ÉVOLUTION DES DÉPENSES* DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, DE 1984-1985 À 2003-2004, EN DOLLARS CONSTANTS

(Taux de croissance annuelle moyen)

	1984-1985 1993-1994	1993-1994 1997-1998	1997-1998 2003-2004	*Ensemble de la période*
Rémunération				
Heures travaillées	1,3 %	-2,6 %	2,0 %	*0,7 %*
Coût unitaire par heure travaillée (1)	1,2 %	1,1 %	0,2 %	*0,9 %*
Sous-total rémunération	**2,5 %**	**-1,5 %**	**2,2 %**	***1,6 %***
Dépenses non salariales				
Médicaments	5,7 %	-2,2 %	8,6 %	*4,9 %*
Fournitures médicales et chirurgicales	3,2 %	2,4 %	9,0 %	*4,8 %*
Autres dépenses non salariales	2,9 %	-1,0 %	5,9 %	*3,0 %*
Sous-total dépenses non salariales	**2,8 %**	**-0,9 %**	**6,3 %**	***3,1 %***
Total	**2,7 %**	**-1,3 %**	**3,3 %**	***2,0 %***

* Dépenses des centres d'activités avant soustraction des ventes de services et des recouvrements.

(1) Incluant les charges sociales et les avantages sociaux.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

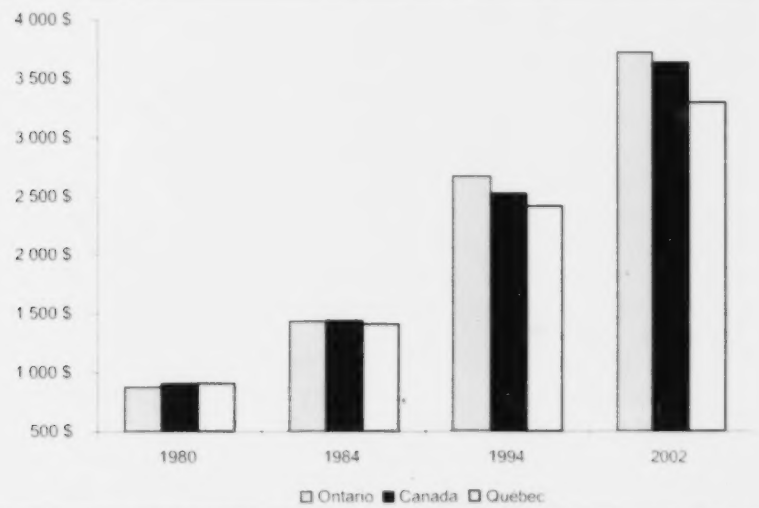
Pour leur part, les dépenses de rémunération, qui représentent environ 80 % des dépenses des établissements, ont progressé de 2,2 % par année en moyenne au cours de cette période (en sus de l'inflation). Cette augmentation s'explique en presque totalité par une hausse du volume des heures travaillées de 2 % par année, et par une augmentation résiduelle des coûts unitaires de rémunération par heure travaillée de 0,2 % en sus de l'inflation, incluant les charges sociales et les avantages sociaux.

4. Comparaison des dépenses de santé du Québec avec celles d'autres juridictions

4.1 Des dépenses totales de santé *per capita* inférieures à celles des provinces canadiennes, pour des services comparables

Au début des années 1980, le Québec consacrait globalement à la santé des dépenses (publiques et privées) équivalentes à celles qui sont observées dans les autres provinces. Cette tendance s'est renversée depuis 1984. En 2002[6], les dépenses totales de santé du Québec s'élevaient à 3 294 $ *per capita*, soit un niveau de 9,4 % inférieur à celui enregistré au Canada (3 635 $) et de 11,3 % inférieur à celui de l'Ontario (3 715 $). Le Québec est ainsi devenu progressivement la province qui, *a priori*, dépense le moins pour la santé au Canada. Cette tendance semble se poursuivre en 2003 et 2004 selon les données préliminaires de l'ICIS.

GRAPHIQUE 7
DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ *PER CAPITA* AU QUÉBEC, EN ONTARIO ET AU CANADA
(En dollars)



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Par rapport à la moyenne canadienne, il en coûtait en 2002, pour chaque Québécoise et chaque Québécois, 13,6 % de moins en dépenses privées de santé et 7,6 % de moins en dépenses publiques.

Cet écart dans les ressources monétaires ne signifie cependant pas que le système de santé du Québec dispose de moins de ressources réelles que les provinces canadiennes pour répondre aux besoins de sa population.

[6] Dernière année pour laquelle des données définitives de l'ICIS sont présentement disponibles.

4.1.1 *Les ressources humaines et technologiques au Québec sont comparables à celles des autres provinces canadiennes*

Pour offrir des services publics de santé et de services sociaux comparables à ceux offerts dans les autres provinces canadiennes, le Québec dispose de ressources humaines et technologiques généralement équivalentes, ou parfois même plus importantes que plusieurs autres provinces canadiennes.

Selon différentes sources, le ratio de médecins *per capita* au Québec serait de 8 % à 11 % supérieur à la moyenne canadienne[7]. De même, le nombre d'infirmières et d'infirmières auxiliaires par 1 000 habitants au Québec (1,0) serait comparable au nombre moyen observé au Canada (0,98) et supérieur à celui de l'Ontario (0,91).

De façon générale, le parc d'équipements de haute technologie du Québec se compare également à celui de la plupart des autres provinces canadiennes. À titre d'exemple, le Québec dispose de 13 tomodensitomètres et de 5,3 appareils de résonance magnétique par million d'habitants. Comparativement, le Canada dispose de 10,6 tomodensitomètres et de 4,8 appareils de résonance magnétique par million d'habitants.

4.1.2 *Les dépenses de rémunération sont moins élevées au Québec que dans les provinces canadiennes*

La rémunération moyenne de l'ensemble des travailleurs est plus faible au Québec que dans le reste du Canada. Cette situation, qui reflète notre plus faible richesse collective, se vérifie aussi dans le secteur de la santé.

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), la rémunération moyenne de l'ensemble des médecins (omnipraticiens et spécialistes) au Canada serait de 30 % supérieure à celle offerte aux médecins du Québec. Pour les médecins spécialistes, le ministère de la Santé et des Services sociaux évalue l'écart net à 10 %, si l'on tient compte que le nombre de médecins spécialistes est plus élevé au Québec, que leur charge de travail est en moyenne inférieure, et que le coût de la vie au Québec est relativement moins élevé que celui des autres provinces canadiennes. Un expert externe[8] a pour sa part évalué que la rémunération des spécialistes du Québec pourrait être de 24 % à 33 % inférieure à celle de la moyenne canadienne.

Par ailleurs, comme le salaire hebdomadaire moyen au Québec est inférieur à la moyenne canadienne (de 6,6 % en 2003, selon Statistique Canada), il est fort probable que la rémunération moyenne du personnel du réseau de la santé et des services sociaux du Québec soit également inférieure à celle généralement offerte au Canada.

Le niveau inférieur des dépenses de santé *per capita* au Québec, par rapport à celui des provinces canadiennes, ne serait donc pas relié essentiellement à des volumes moindres de services aux citoyens, mais découlerait plutôt du fait que les niveaux de rémunération du personnel de la santé au Québec sont moins élevés, en raison du niveau inférieur de sa richesse collective lorsqu'on le compare aux autres provinces canadiennes.

---

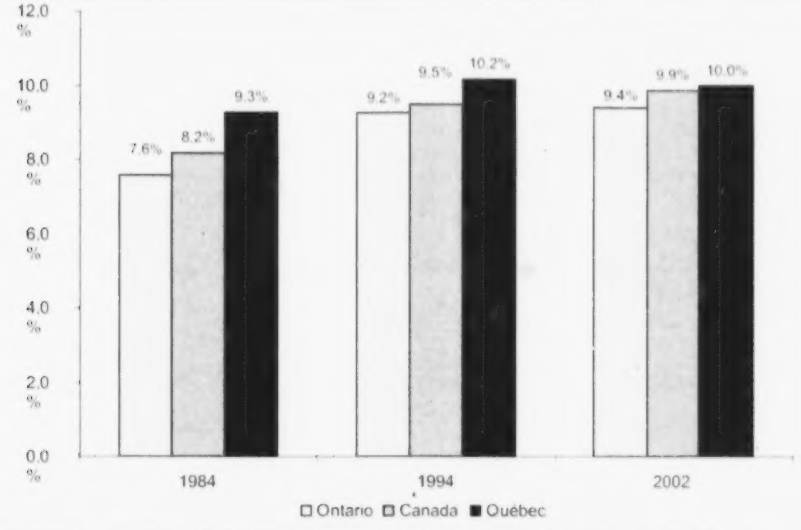
[7] Soit de 8,1 %, selon une étude du ministère de la Santé et des Services sociaux sur la rémunération des médecins spécialistes. Selon l'ICIS, l'écart serait de 10,3 % sur la base des inscriptions aux corporations professionnelles, ou de 10,8 % sur celle des fichiers de rémunération médicale des provinces. Soulignons de plus que le Canada serait en déficit de médecins comparativement à la grande majorité des pays de l'OCDE.

[8] Il s'agit de l'expert désigné par les parties du Comité d'étude sur la rémunération des médecins spécialistes.

4.2 Des dépenses totales de santé par rapport au PIB comparables à la moyenne canadienne

Jusqu'au milieu des années 1990, le ratio des dépenses totales de santé au Québec par rapport au PIB était substantiellement plus élevé que celui de l'Ontario et du Canada. Depuis 1994, la part de la richesse collective consacrée à la santé a augmenté ailleurs au Canada, mais elle a été stabilisée au Québec. Ainsi, en 2002, les dépenses totales de santé au Québec représentaient une part du PIB (10 %) comparable à la moyenne canadienne (9,9 %), et l'écart vis-à-vis de l'Ontario a été réduit des deux tiers de ce qu'il était en 1984.

GRAPHIQUE 8
DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ PAR RAPPORT AU PIB, ONTARIO, QUÉBEC ET CANADA, 1984, 1994 ET 2002
(En pourcentage)



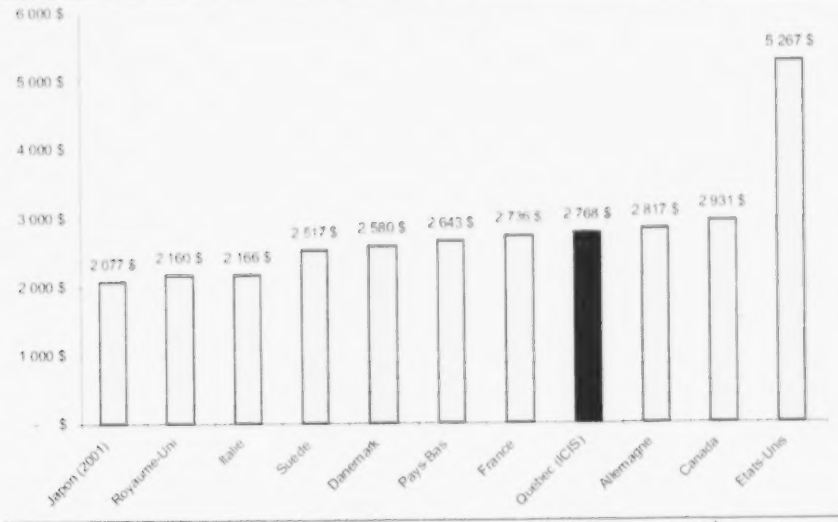
Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Le niveau inférieur des dépenses totales de santé *per capita* du Québec par rapport à la moyenne canadienne en 2002 (-9,4 %) correspond sensiblement à l'écart de sa richesse collective, qui est de 10,4 % inférieure à celle du Canada. Les efforts budgétaires réalisés au cours des années 90 ont donc permis au Québec de procéder à un réalignement important de ses dépenses de santé par rapport à sa richesse relative, dans le contexte canadien.

4.3 Des dépenses totales de santé parmi les plus élevées sur le plan international

Les dépenses totales de santé au Québec figurent parmi les plus élevées des pays industrialisés. Sur une base *per capita*, elles se situent à un niveau comparable à celles de l'Allemagne et de la France. Elles ne sont dépassées que par celles des États-Unis qui constituent un cas d'exception sur le plan international.

GRAPHIQUE 9
DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ *PER CAPITA*, QUÉBEC, CANADA ET PRINCIPAUX PAYS DE L'OCDE, 2002
(En dollars US ajustés selon l'indice de parité du pouvoir d'achat)



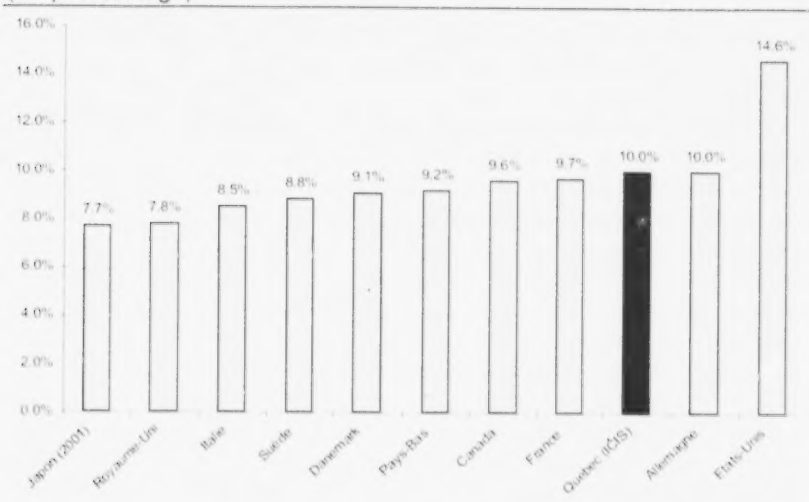
Source : Éco Santé, Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

De même, par rapport à sa richesse collective (PIB), l'effort économique que le Québec consacre à la santé de ses citoyens le situe à un niveau comparable à celui de l'Allemagne et de la France, et n'est dépassé que par celui des États-Unis.

GRAPHIQUE 10

DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ EN POURCENTAGE DU PIB, QUÉBEC, CANADA ET PRINCIPAUX PAYS DE L'OCDE, 2002

(En pourcentage)



* Les données de l'OCDE excluent certaines dépenses de santé (ex. : recherche médicale, formation) prises en considération par l'ICIS, et enregistrent un léger écart dans le PIB. Ces différences ont pour effet de réduire de 9,9 % à 9,6 % le pourcentage canadien des dépenses de santé par rapport au PIB.

Source : Éco Santé, Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

5. Évolution systémique des dépenses de santé et de services sociaux

5.1 Les principaux facteurs structurels de croissance

Contrairement aux autres secteurs, celui de la santé et des services sociaux doit faire face à des pressions qui lui sont propres : c'est ce qu'on appelle communément le « coût de système-santé ». Au cours des prochaines années et des prochaines décennies, la croissance des coûts de système est appelée à s'accélérer, principalement sous l'effet conjugué de trois facteurs structurels :

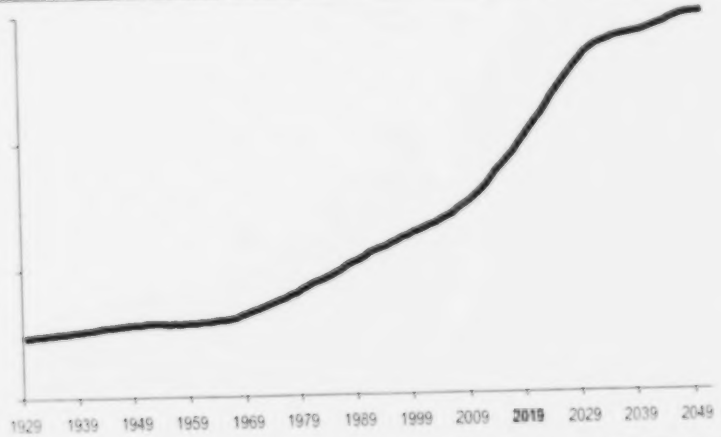
- le vieillissement de la population;
- l'évolution des technologies et des médicaments;
- l'évolution des pratiques médicales et chirurgicales.

5.1.1 Le vieillissement de la population

Depuis le début des années 60, le Québec a amorcé un ralentissement important de la croissance de sa population. Selon le scénario démographique de référence de 2004 de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), le rythme d'augmentation de la population du Québec ralentirait rapidement au cours de la période de 2004 à 2050. On pourrait même assister à une diminution de la population à compter de l'année 2032.

Ce phénomène sera accompagné d'un vieillissement accéléré de la population. Selon l'ISQ, les personnes âgées de plus de 65 ans au Québec représentaient 13 % de la population en 2003; elles en représenteront près de 27 % en 2031, soit plus du double. Ce phénomène s'explique, en partie, par l'allongement de l'espérance de vie et par l'atteinte, à partir de 2011, des premières cohortes de personnes âgées de 65 ans issues du « baby-boom ».

GRAPHIQUE 11
PROPORTION DES PERSONNES DE 65 ANS OU PLUS DANS LA POPULATION DU QUÉBEC
(En pourcentage)



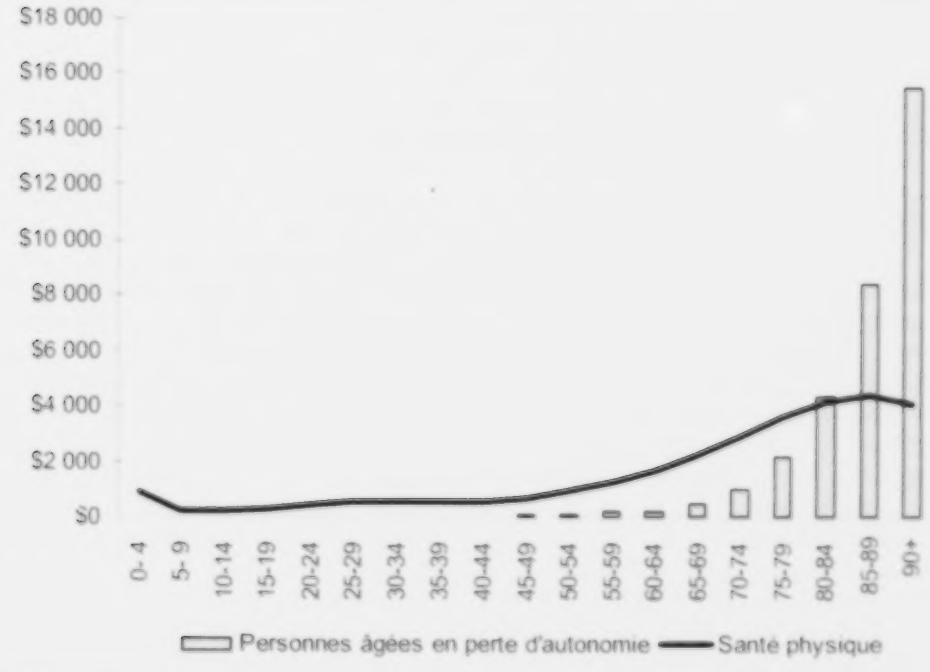
Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ)

Le vieillissement de la population a commencé à se manifester plus tard au Québec que dans les autres provinces canadiennes et que dans d'autres pays industrialisés. Cependant, ce qui caractérise le vieillissement au Québec, c'est sa rapidité exceptionnelle. Si la tendance se maintenait, la part des 65 ans ou plus dans la population doublerait de 12 % à 24 % en seulement 29 ans au Québec, comparativement à 40 ans dans le reste du Canada et à plus de 62 ans aux États-Unis. Vers 2030, le Québec aurait ainsi la troisième population la plus âgée au monde, après celles du Japon et de l'Italie.

Or, les groupes d'âge appelés à croître le plus rapidement sont ceux pour lesquels l'utilisation des services sociaux et de santé est la plus élevée. Les ressources par habitant consacrées aux personnes âgées de 65 ans ou plus sont d'environ 3,7 fois plus élevées que pour la moyenne des groupes d'âge. Pour les personnes de 85 ans ou plus, c'est 7,7 fois plus par habitant que pour la moyenne de la population.

La concentration des dépenses de santé et de services sociaux à la fin de la vie est particulièrement évidente pour les services offerts principalement aux personnes âgées en perte d'autonomie (hébergement, maintien à domicile) dont les coûts augmentent de façon fulgurante à partir de 70 ans. Dans le secteur de la santé physique (services médicaux, services hospitaliers et médicaments), si l'on fait abstraction des premières années de vie, les dépenses par habitant croissent régulièrement avec l'âge et s'accélèrent particulièrement à partir de la catégorie d'âge des 55 à 60 ans.

GRAPHIQUE 12
DÉPENSES PAR HABITANT PAR GROUPE D'ÂGE, PROGRAMME DES SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE ET PROGRAMME DE SANTÉ PHYSIQUE, QUÉBEC, ESTIMATIONS 2004-2005
(En dollars)



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Par ailleurs, des études ont démontré que l'état de santé des personnes âgées s'améliore depuis les années 80 en raison, notamment, de la réduction importante des maladies cardio-vasculaires. En principe, ce phénomène pourrait se traduire par un report des années vécues en mauvaise santé et par une contraction de la période d'utilisation des services en fin de vie pour les personnes âgées. Cependant, cet impact éventuel est difficilement mesurable. Présentement, il n'existe pas de consensus sur l'effet *net* de l'évolution de l'état de santé de l'ensemble de la population sur les coûts du système de santé.

On doit en effet tenir compte du fait que l'allongement de la durée de vie des personnes âgées s accompagnera d'une croissance importante du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques (par exemple, la maladie d'Alzheimer), haussant les besoins d'hébergement, de soins de longue durée et de soins à domicile. De plus, les gains découlant de l'amélioration de l'état de santé de la génération des baby-boomers pourraient être contrebalancés par des hausses importantes de la demande de services liés notamment au développement de l'obésité et de la sédentarité (par exemple le diabète et les accidents cérébraux vasculaires).

Le comité estime donc qu'on ne peut compter de façon certaine sur l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées pour modifier les tendances lourdes et infléchir de façon significative leurs effets sur la croissance des coûts de santé et de services sociaux. Ce serait là un calcul à très haut risque.

5.1.2 L'évolution des pratiques médicales et chirurgicales

Alors que le vieillissement de la population a un impact important sur l'augmentation des besoins en matière de services de santé et de services sociaux (en supposant une utilisation constante des services), divers facteurs favorisent une utilisation accrue de services, pour chaque catégorie d'âge, particulièrement l'évolution des pratiques médicales et chirurgicales, la prévalence grandissante de certaines maladies complexes, souvent chroniques, ainsi que l'augmentation des problèmes sociaux.

L'introduction de nouvelles pratiques médicales et chirurgicales permet de réduire la durée de certaines interventions ou de la convalescence, ce qui a pu être constaté dans le cadre du virage ambulatoire. Toutefois, on observe parallèlement un phénomène d'élargissement des indications diagnostiques ou thérapeutiques qui ouvre la porte à de nouvelles clientèles. En chirurgie cardiaque, par exemple, il se faisait, il y a quelques années très peu de pontages coronariens pour des patients âgés de plus de 70 ans; ces opérations sont aujourd'hui courantes[9].

L'allongement de la durée de vie, conjuguée à ces nouvelles pratiques, fait en sorte que de plus en plus de personnes bénéficient d'une deuxième, ou même, d'une troisième intervention chirurgicale pour un même problème de santé. Les stimulateurs cardiaques, qui ont une durée de vie limitée (4 à 6 ans), ainsi que d'autres appareillages et implants, comme les défibrillateurs internes et les implants cochléaires, doivent plus souvent qu'auparavant être remplacés. Ces nouveaux standards de pratiques médicales et

[9] Les changements rapides dans les technologies et les pratiques ont également pour effet d'accélérer la désuétude des équipements diagnostiques et médicaux, créant des pressions pour les remplacer, à des coûts généralement très élevés, comme on le verra plus loin.

chirurgicales créent des pressions sur les dépenses de santé qui s'ajoutent à celles du vieillissement de la population proprement dit.

5.1.3 L'évolution des technologies et des médicaments

Les nouvelles technologies, telles l'imagerie médicale et les nouvelles générations de médicaments, permettent d'améliorer l'état de santé des patients tout en réduisant les coûts unitaires de certains traitements, par exemple, en permettant des durées de séjours plus courtes en établissement. Cependant, elles permettent en même temps de traiter plus de patients et de traiter des maladies qui étaient auparavant peu ou pas traitées. Il en résulte une augmentation nette des dépenses totales de santé.

Par ailleurs, les coûts unitaires de certains nouveaux médicaments sont en forte hausse. Par exemple, les combinaisons de médicaments pour traiter le sida coûtent de 20 000 $ à 30 000 $ par année par patient et les nouveaux médicaments antirejet engendrent des coûts de 5 000 $ à 10 000 $ par personne greffée.

Pour le réseau de la santé et des services sociaux, l'augmentation des coûts en médicaments et en fournitures médicales et chirurgicales excède largement l'inflation et tend déjà à s'accélérer :

- pour les médicaments en centre hospitalier, la croissance des coûts, qui fut en moyenne de 4,9 % par année au cours de la période de 1984-1985 à 2003-2004, s'est élevée à 8,6 % entre 1997-1998 et 2002-2003 et ce, en termes réels, c'est-à-dire en sus de l'inflation.

- pour les fournitures médicales et chirurgicales en centre hospitalier, les hausses de coûts assumées ont été respectivement de 4,8 % et de 9 % pour les mêmes périodes, également en termes réels.

Le Régime d'assurance médicaments doit faire face à une croissance des coûts encore plus prononcée que celle que l'on observe dans les établissements. Alors que les coûts assumés par le gouvernement pour les médicaments ont augmenté de 11,1 % par année en moyenne au cours des vingt dernières années, en sus de l'inflation, les coûts du régime augmentent en moyenne d'environ 13,7 % par année depuis 1998-1999, soit l'année qui a suivi son instauration.

Les dépenses de l'assurance médicaments sont ainsi devenues les dépenses de santé qui augmentent le plus rapidement, avec un rythme de croissance de plus du double de celui des autres programmes du secteur. Alors qu'au Canada, les médicaments figuraient jusqu'à récemment au 3^{ième} rang des coûts de santé, après les dépenses de santé des hôpitaux et des services médicaux, elles occupent maintenant le 2^{ième} rang, dépassant même de 25 % celles des services médicaux.

L'effet des changements technologiques ainsi que l'effet de l'évolution des pratiques médicales et chirurgicales sur la croissance des coûts de santé ne peuvent être mesurés directement. C'est pourquoi ils sont généralement abordés par les chercheurs comme des facteurs « résiduels » de croissance, dans leurs calculs mathématiques. Bien qu'il n'existe pas de consensus sur leur mesure, les experts s'entendent pour dire que leur effet net est certainement plus important que celui du vieillissement de la population.

L'ensemble de ces pressions structurelles est spécifique au système de santé et de services sociaux. À ces pressions « systémiques » s'ajoutent celles communes aux autres programmes du gouvernement, notamment les coûts additionnels pour l'indexation des salaires des employés du réseau et pour l'indexation de la rémunération des professionnels de la santé, ainsi que les coûts découlant des ententes à venir sur l'équité salariale. Au cours des prochaines années, ces pressions structurelles se conjugueront pour exercer une poussée constante sur les dépenses du système public de santé et de services sociaux du Québec.

5.2 Une croissance structurelle estimée entre 5 % et 6 % par année

Face à la croissance des dépenses de santé à laquelle les gouvernements sont confrontés, plusieurs études ont été réalisées au cours des dernières années, tant au Québec qu'au Canada, afin d'évaluer l'impact des principaux facteurs structurels de croissance des dépenses de santé.

Pour l'ensemble du Canada, le Conference Board a estimé que les dépenses de santé pourraient augmenter de 5,0 % par année, pour la période de 2001 à 2015, et de 5,3 % par année à l'horizon de 2020[10].

TABLEAU 4
CONTRIBUTION DES PRINCIPAUX FACTEURS DE CROISSANCE DES DÉPENSES DE SANTÉ AU CANADA, SELON LE CONFERENCE BOARD DU CANADA, PRÉVISION 2001-2020
(Taux de croissance annuelle moyen)

Évolution démographique		1,7 %
• due à l'accroissement	0,9 %	
• due au vieillissement	0,8 %	
Évolution des technologies et de l'utilisation des services		1,6 %
Impact de l'inflation (salaires et fournitures)*		2,0 %
AUGMENTATION GLOBALE		**5,3 %**

* Basé sur l'hypothèse que les coûts de rémunération évolueront au rythme de l'indice des prix à la consommation
Source : Conference Board du Canada

Selon cette évaluation, les dépenses de santé au Canada devraient croître, d'ici 2020, d'environ 3,3 % par année en moyenne, en dollars constants (en sus de l'inflation). Près de la moitié de cette croissance serait imputable à l'évolution des coûts liés aux technologies — en particulier les médicaments — et à l'utilisation accrue des services. Le vieillissement de la population au Canada représenterait à lui seul une pression additionnelle d'environ 0,8 % par année.

Dans un rapport réalisé pour le compte de la Commission sur le déséquilibre fiscal en 2002, le Conference Board apporte les précisions suivantes :

[10] THE CONFERENCE BOARD OF CADADA, «Understanding Health Care Cost Drivers and Escalators», January 2004, et « Performance and Potential 2003-2004 : Defining the Canadian Advantage », 2003.

- *« La croissance élevée des dépenses de santé risque de créer des pressions encore plus fortes sur les finances publiques après 2020. Les baby-boomers ne seront pas encore au haut de la pyramide d'âge parce qu'ils auront toujours moins que 74 ans, la majorité d'entre eux n'ayant même pas encore atteint les 65 ans. Ils traverseront alors graduellement les catégories d'âge plus coûteuses en soins de santé. Par conséquent, les équilibres financiers du gouvernement du Québec pourraient se détériorer davantage après l'année 2019-2020 »*[11].

- *« (...) nous avons pris pour acquis implicitement que le gouvernement ne prendrait pas en charge de nouveaux secteurs de la santé, comme les soins donnés par les parents à domicile. On suppose également que l'inflation dans le secteur de la santé ne sera pas supérieure à celle de l'ensemble de l'économie. Si tel était le cas, ceci aurait pour effet de sous-estimer les dépenses du gouvernement dans ce domaine »*[12].

Aussi, la Commission sur le déséquilibre fiscal a exprimé l'avis que : *« le Conference Board a été assez conservateur à cet égard, et qu'il est en fait probable que la croissance réelle des dépenses de santé dépasse les projections de l'organisme »*[13].

Mentionnons par ailleurs qu'une étude publiée par l'Institut CD Howe[14] estime à environ 7 % par année la croissance tendancielle des dépenses de santé. Cette estimation serait basée sur la réalité canadienne actuelle.

Pour le Québec, le ministère des Finances a présenté, dans le cadre d'un document de recherche préparé pour le Forum des générations[15], des projections selon lesquelles le rythme de croissance des dépenses de santé pourrait s'accélérer au cours des prochaines années, pour passer de 5,4 % par année, en moyenne, de 2005 à 2009, à 6,4 % par année entre 2025 et 2029.

Pour sa part, dans le cadre de travaux effectués pour l'élaboration du plan « Pour faire les bons choix »[16] publié en 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux a évalué que ses dépenses pourraient évoluer au rythme de 5,2 % par année en moyenne pour la période de 2003 à 2008. Rappelons enfin que les crédits accordés au secteur depuis 1997-1998 ont augmenté de 6,5 % par année en moyenne (soit de 4,4 %, en dollars constants).

Ces résultats d'études provenant de différents groupes d'experts apparaissent dans les grandes lignes convergentes. En guise de première approximation, ils laissent à penser que la croissance tendancielle des dépenses de santé et de services sociaux se situerait entre 5 % et 6 % par année en moyenne au cours des prochains vingt ans, dépendamment des scénarios retenus (état de santé de la population, mises à niveau des ressources, etc.).

---

[11] CONFERENCE BOARD DU CANADA, « Projection des équilibres financiers des gouvernements du Canada et du Québec ». Document préparé pour la Commission sur le déséquilibre fiscal, février 2002, p. 33.

[12] Ibid, p. 35.

[13] COMMISSION SUR LE DÉSÉQUILIBRE FISCAL, « Pour un nouveau partage des moyens financiers au Canada — Rapport », Québec, 2002, p. 37.

[14] P. BOOTHE, M. CARSON, « What Happened to Health Care Reform ? », C.D. Howe Institute, Commentary 193, December 2003.

[15] FINANCES QUÉBEC, « Impacts des changements démographiques sur l'économie, le marché du travail et les finances publiques du Québec », document de recherche, février 2005.

[16] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Plan de la santé et des services sociaux — Pour faire les bons choix », document technique, 2002.

Nous reviendrons au chapitre suivant sur cet aspect de la croissance systémique des dépenses de santé et de services sociaux lorsque nous aborderons la question de l'écart entre la croissance des dépenses de santé et celle des revenus du gouvernement.

6. Évaluation de l'impasse financière

6.1 Évolution projetée des dépenses publiques de santé et de services sociaux

Sous l'effet du vieillissement accéléré de la population du Québec, le rythme annuel de croissance des dépenses de santé et de services sociaux de l'État est appelé à s'accentuer. Afin de pouvoir envisager l'ampleur de ces dépenses, l'évolution des crédits alloués au secteur a été projetée, tant à court terme qu'à long terme.

Les prévisions à long terme comportent certains facteurs difficiles à pondérer. C'est pourquoi les dépenses ont été projetées selon deux scénarios :

- un scénario de base, comportant l'augmentation minimale prévue en fonction de la poursuite des tendances actuelles, ajustées selon l'évolution démographique anticipée;

- un second scénario tenant compte de l'hypothèse d'une croissance plus accentuée des dépenses du secteur, selon lequel des ressources additionnelles seraient ajoutées à celles du scénario de bases pour améliorer les services.

6.1.1 Scénario de base

Afin de mieux cerner ce que représenterait la poursuite des tendances actuelles, les dépenses de 2005-2006 des différents programmes sociosanitaires ont été projetées en fonction des trois facteurs mentionnés ci-dessous.

- **L'augmentation et le vieillissement de la population**

Pour évaluer l'impact de l'évolution démographique sur les dépenses de santé et de services sociaux, la projection de la population du Québec[17] a été appliquée aux profils de consommation de services sociosanitaires. Ces profils étant le coût *per capita* des services par groupes d'âge, il est ainsi possible d'établir, avec une assez bonne fiabilité, la croissance des dépenses qui résultera non seulement de l'évolution totale de la population, mais également des changements de sa composition par groupes d'âge.

L'application de cette méthode est essentielle. En effet, tel que mentionné précédemment, le montant moyen des dépenses de santé et de services sociaux varie sensiblement d'un groupe d'âge à l'autre. Ainsi, pour des programmes tels « santé physique » et « perte d'autonomie », on constate une forte croissance des dépenses sous l'effet du vieillissement de la population.

Il est ainsi possible d'évaluer à 1,5 % par année la croissance des coûts qui résultera de l'évolution démographique de 2005 à 2020, dont 0,4 % résultera de l'augmentation de la population et 1,1 % de son vieillissement.

[17] La prévision de population utilisée est celle du scénario de référence faite par l'Institut de la statistique du Québec.

TABLEAU 5

IMPACTS ANNUELS DE L'AUGMENTATION ET DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

(Taux de croissance annuelle moyen)

	Augmentation de la population	Vieillissement de la population	Total
Court terme (2005-2006 à 2010-2011)	0,4 %	1,0 %	1,4 %
Moyen terme (2010-2011 à 2015-2016)	0,4 %	1,1 %	1,5 %
Long terme (2015-2016 à 2020-2021)	0,3 %	1,3 %	1,6 %
Ensemble de la période (2005-2016 à 2020-2021)	**0,4 %**	**1,1 %**	**1,5 %**
Perspectives 2020-2030	0,3 %	1,4 %	1,7 %

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

La projection des dépenses réalisée selon cette approche soulève toutefois une autre question, soit celle de l'impact potentiel de l'amélioration de l'état de santé des personnes. Certaines études démontrent que l'augmentation de l'espérance de vie des personnes se concrétiserait par une augmentation équivalente du nombre d'années en bonne santé. L'effet du vieillissement de la population sur les coûts de santé devrait donc être enlevé de l'impact de l'amélioration de l'état de santé.

Toutefois, des difficultés méthodologiques et empiriques empêchent de mesurer les effets précis de l'amélioration de l'état de santé de la population, ce qui explique d'ailleurs qu'il n'y ait pas véritablement de consensus sur son impact réel. D'autant plus que l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées (due par exemple à la réduction de l'incidence de maladies cardio-vasculaires) entraîne, comme il a été plus haut mentionné, une augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques. Les gains réalisés dans la prévention et dans le traitement d'une pathologie se traduisent ainsi, en partie du moins, par des besoins accrus en soins de longue durée et en services de soutien à domicile. Par ailleurs, les travaux réalisés (mais non publiés) au ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de l'évaluation de la pertinence d'un Régime d'assurance contre la perte d'autonomie avaient déjà évalué à environ 0,4 % l'effet net de l'amélioration de l'état de santé de la population. C'est ce pourcentage qui a été utilisé dans les présents travaux pour atténuer l'effet estimé du vieillissement démographique.

- **L'évolution du coût des technologies et celle de la consommation de services**

  Tel qu'indiqué précédemment, différentes études réalisées concernant l'évolution des dépenses de santé au Canada (Conference Board, Institut CD Howe, etc.) ont évalué à environ 1,6 % du budget alloué à la santé la croissance attribuable à l'évolution des technologies (en particulier des médicaments) et à l'utilisation accrue des services par habitant.

C'est ce taux de croissance qui a été utilisé dans les présentes projections. Toutefois, afin de bien refléter l'impact particulier de la croissance des coûts des médicaments, un taux de croissance systémique de 8 %, taux enregistré au cours des quatre dernières années, a été prévu pour ce programme. Pour les autres programmes, une croissance systémique de 1 % par année a été prévue. Cette croissance, jointe à celle des médicaments, donne une croissance structurelle globale de 1,6 % pour l'ensemble du secteur sociosanitaire.

- **L'évolution des prix (inflation)**

L'effet de l'inflation sur le coût des ressources a été pris en considération en appliquant à l'ensemble des dépenses les taux d'augmentation de l'indice des prix à la consommation (IPC) prévus pour les années concernées, soit 1,9 % pour 2006-2007 et 2007-2008, et 2 % pour les années subséquentes. Cette approche comporte comme hypothèse que l'évolution des coûts de rémunération du personnel (incluant les avancements d'échelons) correspondra à l'inflation. La prévision des dépenses ainsi obtenue devrait être réévaluée s'il s'avérait, à la suite du renouvellement des conventions collectives, que l'effet combiné résultant des indexations salariales et des autres ajustements diffère de l'inflation prévue.

Une prévision spécifique des transferts pour le service de la dette des établissements a été ajoutée à l'évolution des dépenses des différents programmes de santé et de services sociaux ainsi projetée. Puisque le service de la dette des établissements sert à rembourser le capital et les intérêts sur les emprunts reliés aux investissements faits par le réseau, son évolution est fonction des niveaux actuels d'investissements autorisés par le gouvernement ainsi que des taux d'intérêt prévisibles.

À partir des hypothèses mentionnées ci-dessus, les dépenses du secteur de la santé et des services sociaux devraient, au cours des quinze prochaines années, augmenter en moyenne de 5,5 % ou de 5,1 %, selon que l'on prend ou non en considération l'impact potentiel de l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé.

TABLEAU 6
CROISSANCE PROJETÉE DES DÉPENSES DU SECTEUR SOCIOSANITAIRE SCÉNARIO DE BASE (VARIATION ANNUELLE MOYENNE)

	Excluant l'impact de l'amélioration de l'état de santé	*Incluant* l'impact de l'amélioration de l'état de santé
Court terme :		
2005-2006 à 2010-2011	5,4 %	5,0 %
Moyen terme :		
2010-2011 à 2015-2016	5,6 %	5,2 %
Long terme :		
2015-2016 à 2020-2021	5,5 %	5,1 %
Ensemble de la période	**5,5 %**	**5,1 %**
Perspectives 2020-2030	5,6 %	5,2 %

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

6.1.2 Scénario avec ajout de ressources pour amélioration des services

À partir de cette projection, il apparaissait important pour le comité de souligner quelle serait la croissance maximale des dépenses de santé et de services sociaux si, en plus de la projection des tendances actuelles telles que reflétées dans le scénario de base, s'ajoutaient les sommes qui s'avéreraient nécessaires pour améliorer les services.

Rappelons que le secteur a bénéficié, au cours des dernières années, de relèvements importants de ses crédits. Toutefois, le quart seulement de ces nouveaux crédits a permis le développement de nouveaux services. Les nouveaux crédits ont été insuffisants pour stabiliser la situation de certains services en forte demande, pour effectuer des rattrapages dans la réponse aux besoins de clientèles prioritaires et pour permettre à l'offre de services de suivre l'évolution des besoins de la population.

Dans cette optique, un second scénario de projection des dépenses a été élaboré en ajoutant au scénario précédent les coûts que nécessiterait une amélioration des services à la population ainsi que des investissements additionnels dans le réseau.

- **Amélioration des services à la population**

  Une réforme a été amorcée par le ministère de la Santé et des Services sociaux avec la mise sur pied des centres de santé et de services sociaux. Ces nouvelles institutions ont pour mandat de rapprocher les services de la population et d'assurer la continuité et l'intégration des services. Au cours des prochaines années, des ajouts de ressources seraient requis pour soutenir cette réorganisation en fonction des priorités suivantes :

  - renforcer les actions de prévention et de promotion dans le cadre d'une stratégie de santé publique;
  - améliorer l'accès aux services généraux et de proximité;
  - renforcer les services dispensés aux clientèles vulnérables qui ont des besoins particuliers[18];
  - améliorer les services aux personnes âgées en perte d'autonomie;
  - améliorer l'accessibilité aux services médicaux et hospitaliers spécialisés;
  - permettre un meilleur suivi médical.

  Soulignons que toute évaluation rigoureuse des ressources requises pour répondre aux besoins s'avère un exercice difficile. Outre le fait que les besoins en santé et en services sociaux sont quasi illimités, il n'existe pas de normes et de standards reconnus qui permettraient d'identifier le montant optimal du financement additionnel requis. Même si de telles normes le permettaient, il faudrait alors composer avec la pénurie de personnel professionnel et spécialisé et tenir compte de la capacité de payer de la société québécoise.

[18] Exemples : jeunes et familles en difficulté, personnes ayant des problèmes de santé mentale, ayant une déficience physique ou intellectuelle, personnes atteintes de troubles envahissants, et personnes en fin de vie.

Dans ce contexte, le comité a retenu comme scénario un ajout récurrent et additif de crédits de 300 M$ par année, pendant 5 ans[19] pour améliorer les services à la population. Le réseau recevrait ainsi, au terme de 2011-2012, une enveloppe totale récurrente de 1,5 MM$ à cette fin. Cette somme viendrait s'ajouter au plein financement du coût de système spécifique à la santé et aux services sociaux (effet démographique et évolution technologique), ce qui aurait pour effet, de l'avis du comité, d'assurer un financement adéquat du secteur.

- **Relèvement des investissements pour améliorer les immeubles et les systèmes d'information**

Sur le plan des investissements (actifs mobiliers, immobiliers et informationnels), les enveloppes annuelles allouées jusqu'à récemment ne permettaient pas au réseau de rencontrer les standards reconnus en ces matières. Toutefois, le gouvernement a corrigé le tir dernièrement en rehaussant de façon importante ces enveloppes, ce qui fait qu'à partir de 2007-2008, les budgets d'investissements alloués pour le maintien des actifs et les rénovations fonctionnelles seront conformes aux standards reconnus.[20] Il faudrait s'assurer, qu'à l'avenir, l'État prévoie, année après année, l'allocation de sommes suffisantes au maintien de ses actifs. Un relèvement des investissements serait néanmoins requis pour les volets suivants :

- pallier au déficit d'entretien des années antérieures pour les immeubles;
- remplacer les équipements (équipements médicaux en particulier), en fonction de leur durée de vie utile;
- rehausser les investissements relatifs au développement de systèmes d'information afin que les établissements puissent fonctionner en véritable réseau intégré et améliorer leur efficacité d'ensemble;
- améliorer les systèmes de soutien à la pratique afin d'en assurer la qualité et la rigueur.

Un montant de plus de 1 MM $ sur sept ans s'ajouterait au plan d'investissements approuvé, à titre de rattrapage pour le déficit d'entretien des années antérieures. De plus, les enveloppes annuelles pour le renouvellement des équipements spécialisés seraient établies à 200 M$ par année pour permettre leur remplacement sur une période de 10 ans, tel que les normes le prévoient. Enfin, pour le développement des systèmes d'information, comme celui du dossier clinique, le comité a inclus dans ses prévisions un budget récurrent de 50 M$ par année qui s'ajouterait au montant ponctuel de 35 M$ prévu pour les trois prochaines années.

Dans l'ensemble, le scénario projeté, incluant l'ajout de ressources pour l'amélioration des services, établit à 5,4 % le taux de croissance annuelle moyen des dépenses du secteur pour les 15 prochaines années, soit 0,3 point de pourcentage de plus que celui

[19] Cet ajout de 300 M$ annuellement serait supérieur au montant moyen des crédits additionnels de quelque 200 M$ par année dont le réseau a bénéficié au cours des dernières années pour l'amélioration des services.

[20] Ces standards correspondent à un investissement annuel de 2 % de la valeur de remplacement pour le maintien des actifs, et de 1 % de cette valeur pour les rénovations fonctionnelles.

prévu au scénario de base. Toutefois, sur un horizon plus long, les taux de croissance des deux scénarios sont sensiblement les mêmes (ou comparables).

TABLEAU 7
CROISSANCE PROJETÉE DES DÉPENSES DU SECTEUR SOCIOSANITAIRE COMPARAISON DES DEUX SCÉNARIOS (VARIATION ANNUELLE MOYENNE)

	Scénario de base	Scénario avec ajout de ressources pour amélioration des services
Court terme : 2005-2006 à 2010-2011	5,0 %	6,0 %
Moyen terme : 2010-2011 à 2015-2016	5,2 %	5,3 %
Long terme : 2015-2016 à 2020-2021	5,1 %	5,0 %
Ensemble de la période	**5,1 %**	**5,4 %**
Perspectives 2020-2030	5,2 %	5,1 %

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

6.2 Évolution projetée des finances publiques du Québec

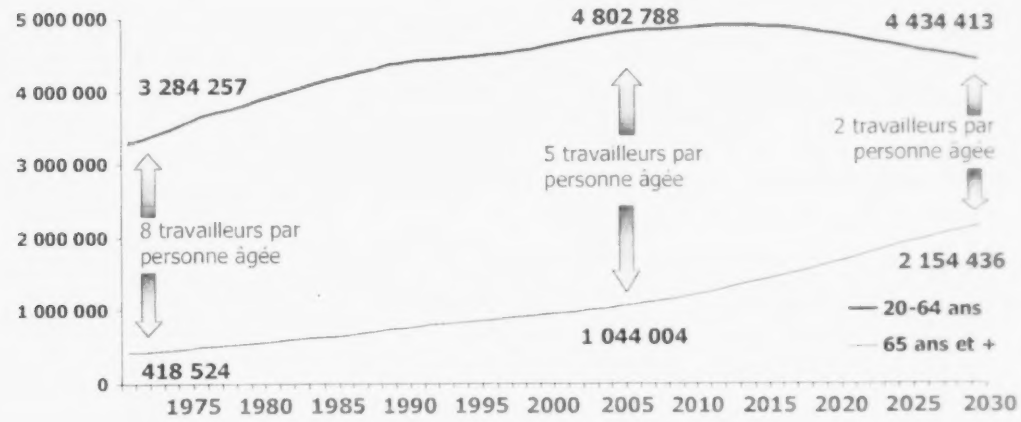
6.2.1 Les impacts du choc démographique sur l'économie

Les changements démographiques qui sont déjà amorcés dans la plupart des pays industrialisés s'intensifieront au cours des prochaines années. Le Québec sera particulièrement affecté par le phénomène, en raison de la rapidité avec laquelle ces changements se produiront. Le vieillissement accéléré de la population québécoise ainsi que le ralentissement de sa croissance pourraient donc avoir des répercussions importantes sur l'économie et les finances publiques du Québec. Il y a urgence d'agir.

Bien sûr, certaines mesures peuvent être implantées afin de tenter d'améliorer nos perspectives à cet égard. On pense, par exemple, à des mesures concernant la recherche d'immigrants et leur accueil au Québec, à divers éléments d'une politique de natalité, et à des mesures visant à favoriser la prise de retraite progressive sur une base volontaire.

Toutefois, selon l'Institut de la statistique du Québec, à moins de changements drastiques difficiles à prévoir, le nombre de travailleurs par personne âgée devrait diminuer de façon importante, passant de cinq à deux d'ici 2030. Cela signifie que la croissance économique et le financement des services publics seront soutenus, dans l'avenir, par une proportion de plus en plus faible de la population.

GRAPHIQUE 13
NOMBRE DE TRAVAILLEURS PAR PERSONNE ÂGÉE



Source : Institut de la statistique du Québec

En effet, selon les prévisions démographiques de l'Institut de la statistique du Québec, la population des 20 à 64 ans devrait commencer à diminuer dès 2014, entraînant ainsi une baisse du bassin de travailleurs potentiels. Or, il existe un lien étroit entre la croissance de la population en âge de travailler et la croissance du PIB réel.

L'impact du choc démographique sur la croissance économique a été estimé en prenant en considération cette diminution du nombre de personnes en âge de travailler ainsi que certaines autres hypothèses fondamentales. Ainsi, les tendances démontrent que les Québécois travaillent généralement moins d'heures par semaine et prennent leur retraite plus jeunes que dans les juridictions avoisinantes. Par ailleurs, la croyance largement répandue à l'effet que les régimes de retraite et les REÉR des baby-boomers neutraliseraient les effets d'une diminution de l'activité économique est loin d'être démontrée.

L'adaptation de l'économie du Québec à la diminution du nombre de personnes en âge de travailler devrait se traduire par une accélération des gains de productivité, une participation accrue au marché du travail, une baisse du taux de chômage, ainsi qu'une stabilisation des heures travaillées et de l'âge de la retraite. Malheureusement, ce ne sont pas là les tendances observées au Québec au cours des dernières années.

Dans ce contexte, on s'attend à ce que la croissance économique soit réduite de près de la moitié d'ici vingt ans. La croissance du PIB réel diminuerait en moyenne de 2,3 % par année de 2005 à 2010, et en moyenne de 1,2 % par année de 2020 à 2030. En tenant compte d'un taux d'inflation avoisinant les 2 % par année, la croissance du PIB nominal serait ramenée d'une moyenne de 4,2 % par année de 2005 à 2010 et à une moyenne de 3,2 % par année de 2020 à 2030.

Quoi qu'il en soit, les jeunes qui sont aujourd'hui sur les bancs de l'école auront à fournir un effort considérable pour soutenir financièrement le système sociosanitaire. Pour y

parvenir, cette génération devra atteindre un très haut niveau de productivité, tout en risquant d'avoir peu de marge de manœuvre pour faire ses propres choix.

C'est pourquoi nous avons l'obligation, en tant que société, de consacrer dès aujourd'hui les ressources nécessaires à l'éducation. D'où l'importance aussi d'accorder les ressources nécessaires à la prévention et à l'intervention auprès des jeunes, notamment ceux qui éprouvent des difficultés, afin que ceux-ci soient mieux outillés pour faire face à l'énorme défi qui les attend. Nous devons prendre conscience, dès aujourd'hui, de la perspective saisissante du fardeau fiscal qui sera le leur si nous ne prenons pas maintenant les mesures qui s'imposent pour éviter de reporter sur leurs épaules une partie inéquitable des dépenses qui se profilent à l'horizon.

- Décider de maintenir le *statu quo* en optant pour le maintien d'une approche « Pay as you go », ou en d'autres termes, en acquittant les factures au jour le jour à même le régime fiscal, équivaudrait à exacerber une situation qui risquerait de devenir intenable. Nos jeunes les plus performants seraient naturellement plus sensibles aux offres de l'extérieur, là où le fardeau fiscal serait moins lourd et le niveau de vie plus élevé. Il s'agit d'un enjeu intergénérationnel sans précédent auquel nous ne pouvons pas nous soustraire.

6.2.2 Les impacts du choc démographique sur les finances publiques

Les changements démographiques anticipés affecteront également les revenus et les dépenses du gouvernement. Du côté des revenus, compte tenu du lien observé dans le passé entre les revenus autonomes et le produit intérieur brut (PIB) nominal, l'hypothèse de base présume que les revenus autonomes du gouvernement évolueront au même rythme que l'activité économique, mesurée par le PIB nominal. Le ralentissement anticipé de la croissance économique entraînerait conséquemment un ralentissement comparable de la croissance des revenus autonomes. Même si la situation financière des personnes âgées devait continuer de s'améliorer au cours des prochaines années, on ne doit pas s'attendre à ce que ce phénomène puisse compenser l'effet du ralentissement de la croissance économique sur les revenus autonomes du gouvernement.

Les revenus du gouvernement du Québec proviennent aussi de transferts provenant du gouvernement fédéral. Les principales sources de transferts fédéraux sont la péréquation et les transferts pour la santé. Conformément aux paramètres définis par le gouvernement fédéral, les transferts au titre de la péréquation sont majorés de 3,5 % par année, alors que le transfert canadien en espèces pour la santé, destiné à l'ensemble des provinces, est indexé de 6 % annuellement.

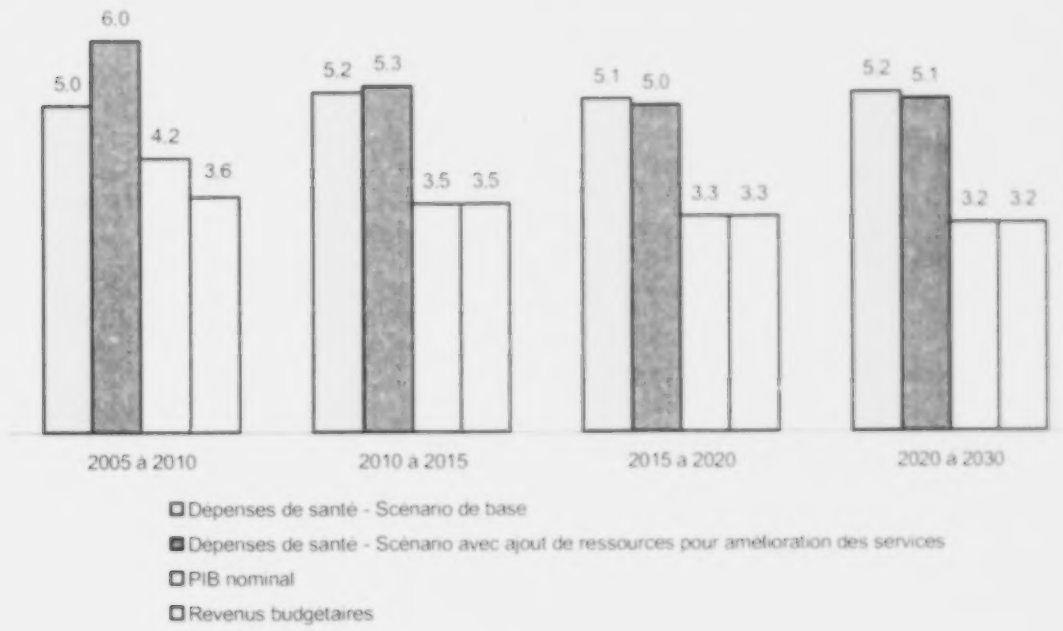
Pour la période de 2005 à 2010, les revenus budgétaires devraient croître au rythme de 3,6 % par année, un rythme inférieur à la croissance annuelle moyenne du PIB nominal pour la même période (4,2 %). La croissance moins rapide des revenus s'explique notamment par l'impact de la réduction de l'impôt des particuliers et par les effets de la réforme de la fiscalité des entreprises annoncés lors du Budget 2005-2006.

Après 2010, les revenus du gouvernement devraient augmenter au même rythme que le PIB nominal, soit de 3,5 % par année de 2010 à 2015, de 3,3 % par année de 2015 à 2020 et de 3,2 % par année de 2020 à 2030.

6.3 Évaluation de l'impasse financière reliée au secteur de la santé et des services sociaux

Tel qu'illustré dans le graphique suivant, les dépenses de santé et de services sociaux croîtront à un rythme beaucoup plus élevé que celui des revenus budgétaires et ce, dans les deux scénarios considérés.

GRAPHIQUE 14
CROISSANCE DES DÉPENSES DE SANTÉ, DE L'ÉCONOMIE ET DES REVENUS DU GOUVERNEMENT
(Variation annuelle moyenne en pourcentage)



Source : Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec

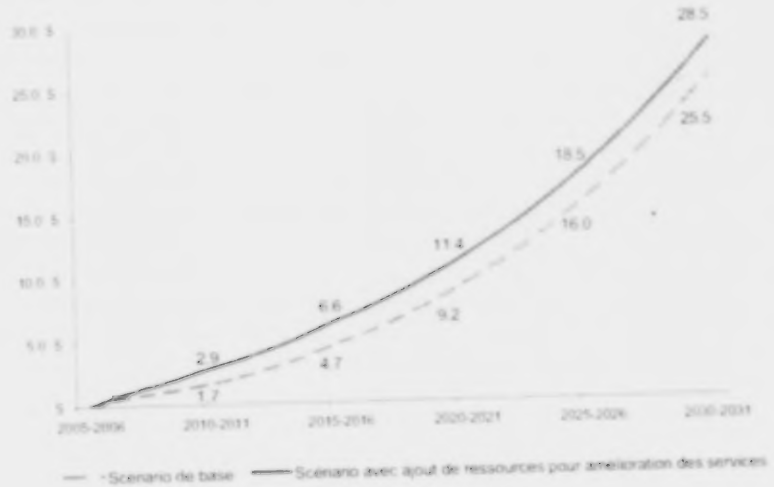
On estime que l'écart annuel entre le taux prévisible de la croissance économique et celui de l'augmentation des dépenses du secteur de la santé, prévue au « scénario de base » ainsi qu'au « scénario avec ajout de ressources pour amélioration des services » sera respectivement :

- de 1,4 % ou de 2,4 % de 2006 à 2010;
- de 1,7 % ou de 1,8 % de 2011 à 2020;
- de 1,8 % ou de 2,0 % pour les dix années suivantes.

Selon ces prévisions, le secteur de la santé et des services sociaux fait face à une impasse financière importante qui s'aggrave année après année. Si aucune intervention n'était faite pour résorber cette impasse financière, l'écart entre la croissance des revenus

gouvernementaux et celle des dépenses résultant du « scénario de base » atteindrait, sur une base annuelle et récurrente, un montant de 1,7 MM$ en 2010, de 4,7 MM$ en 2015 et de 9,2 MM$ en 2020. Si l'on retient le « scénario avec ajout de ressources pour amélioration de services », cet écart atteindrait 2,9 MM$ en 2010, 6,6 MM$ en 2015 et 11,4 MM$ en 2020. Tel que l'illustre le graphique qui suit, cet écart prendrait de l'ampleur avec le temps et dépasserait 25 MM$ en 2030, quel que soit le scénario envisagé.

GRAPHIQUE 15
IMPASSE FINANCIÈRE CUMULATIVE ENTRE LA CROISSANCE DES DÉPENSES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET CELLE DES REVENUS DU GOUVERNEMENT
(Montant cumulatif en milliards de dollars courants)



Sources : Ministère des Finances et Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Pour financer cet écart entre la croissance des dépenses de santé et de services sociaux et la croissance des revenus budgétaires du gouvernement, il faudrait continuer de limiter de façon importante les ressources allouées aux autres grandes missions de l'État (éducation, solidarité sociale et famille, sécurité, environnement, culture, transport, infrastructures civiles et publiques, etc). Or, comme on l'a déjà précisé, les investissements du gouvernement dans certains secteurs comme l'éducation, la famille ou l'environnement peuvent avoir des effets bénéfiques sur la santé des Québécois puisque c'est au sein de ces secteurs qu'on peut influencer certains grands déterminants de la santé.

Il appartient bien sûr au gouvernement de faire les grands arbitrages. Cependant, compte tenu des ressources nécessaires pour s'acquitter des autres grandes missions de l'État, on peut difficilement envisager que la part des dépenses globales allouée au secteur sociosanitaire puisse croître bien au-delà de son niveau actuel.

En outre, le gouvernement doit assumer une autre dépense incompressible : les intérêts sur sa dette qui représentent 13 cents pour chaque dollar de revenu en 2005-2006. Le

gouvernement a pu compter, au cours des dernières années, sur un creux historique des taux d'intérêt, pour financer sa dette à faible coût. Toutefois, cette situation risque de ne pas se poursuivre, les taux d'intérêt étant susceptibles d'augmenter à plus ou moins long terme.

Pour respecter l'équilibre budgétaire sans augmenter le fardeau fiscal, il faudrait réduire progressivement, au fil des ans, la croissance annuelle moyenne des autres dépenses de programmes. À compter de 2026, il faudrait même réduire non plus la croissance, mais le niveau même des autres dépenses de programmes.

Conséquemment, le poids des dépenses de santé et de services sociaux dans les dépenses de programmes augmenterait rapidement. Il s'agit d'une simple question mathématique. D'ici vingt-cinq ans, les dépenses de santé et de services sociaux pourraient représenter les deux tiers des dépenses de programmes du gouvernement du Québec, contre 43 % en 2005-2006.

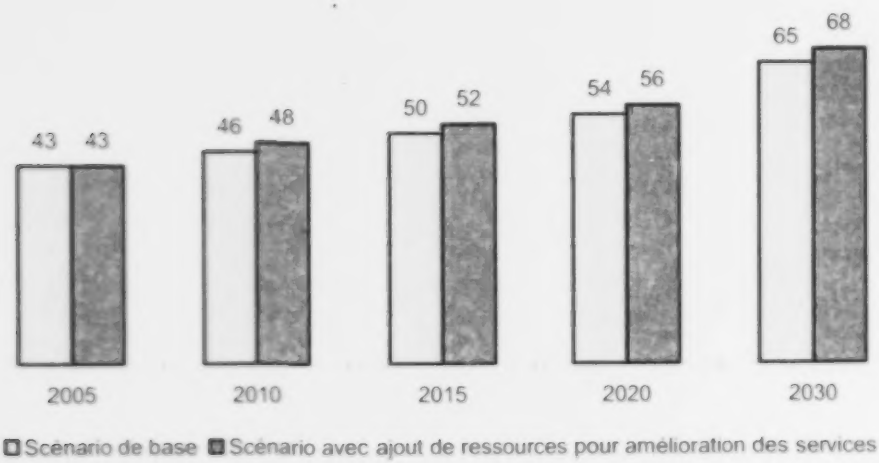
Bien sûr, ce scénario est inacceptable. Si le secteur sociosanitaire devait accaparer une part croissante du budget de l'État au cours des prochaines années, menaçant gravement l'équilibre budgétaire et ceci, sans avoir mis en place des mesures spécifiques visant à assainir la situation, la cote du Québec risquerait d'en être affectée, aggravant *de facto* l'ensemble de la situation financière du gouvernement.

Le Québec n'a d'autre choix que de lancer un signal clair témoignant de sa détermination à se doter de moyens efficaces pour contrôler et financer de façon crédible ses dépenses de santé et de services sociaux.

GRAPHIQUE 16

PROPORTION DES DÉPENSES DE PROGRAMMES CONSACRÉE À LA SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX

(En pourcentage)



Source : Ministère des Finances du Québec

Partie II : Avenues de solution dans le cadre d'une stratégie intégrée

1. Mettre en œuvre une stratégie intégrée

Éviter l'impasse financière tout en soutenant l'évolution du système de santé et de services sociaux : tel est l'immense défi auquel le gouvernement et l'ensemble de la société québécoise sont confrontés. Malheureusement, il n'y a pas de solutions simples, de recettes toute faites pour relever ce défi. Il faudra nécessairement agir sur plusieurs fronts à la fois.

De l'avis du comité, les solutions avancées devront respecter un principe qui lui paraît sacré : l'équité intergénérationnelle. En d'autres mots, il s'agit de répartir, de la façon la plus juste possible, les charges qu'entraîneront les nouveaux besoins en services au cours des prochaines années, voire des prochaines décennies. C'est là le fondement de la stratégie proposée par le comité. Cette stratégie repose sur neuf piliers.

Premièrement

Avant même d'envisager toute solution visant à assurer la pérennité du financement du système de santé et de services sociaux, le comité estime que le gouvernement devrait entreprendre de rembourser progressivement la dette publique. Cette démarche lui permettrait d'augmenter graduellement sa marge de manœuvre financière. Il s'agit là, pour le comité, d'un objectif hautement prioritaire, qui devrait être adopté dès maintenant afin que le plus grand nombre de personnes en âge de travailler puisse y contribuer.

Deuxièmement

Le gouvernement devrait déterminer ce que la collectivité est en mesure de dépenser pour les services de santé et les services sociaux sans compromettre le développement des autres secteurs d'activité qui nécessitent tout autant d'être soutenus. Il doit donc faire un choix politique clair quant à la proportion du budget de l'État qu'il entend consacrer à la santé et aux services sociaux pour les prochaines années. Un tel choix s'inscrit dans une vision cohérente du développement social et économique. On sait en effet que tous les aspects du développement exercent une influence déterminante sur l'état de santé général de la population. Il faut donc maintenir un équilibre entre tous les secteurs qui participent au développement et, ce faisant, à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Le comité recommande :

> ***Que le gouvernement établisse une cible pour baliser le rythme de croissance de la contribution du Fonds consolidé du revenu au financement des services de santé et des services sociaux; cette cible pourrait, par exemple, être alignée sur la croissance de la richesse collective (PIB). Les coûts excédentaires devraient alors être financés à partir d'autres sources.***

Troisièmement

Comme une part des revenus du gouvernement provient des transferts fédéraux en vertu d'ententes fédérale-provinciales, la proportion du budget que l'État québécois entend consacrer à la santé et aux services sociaux est directement reliée à la hauteur de ces transferts. Aussi, le gouvernement du Québec doit maintenir la pression sur le gouvernement fédéral en vue de corriger le déséquilibre fiscal actuel. Cette correction accroîtrait sa marge de manœuvre, ce qui lui permettrait de hausser le financement du système de santé et de services sociaux sans altérer la capacité de l'État de financer les dépenses des autres secteurs.

Quatrièmement

Il faut s'assurer de retirer le maximum de retombées de l'argent investi. Les responsables du système de santé et de services sociaux sont invités à se donner un véritable programme d'amélioration continue de sa performance. Comme tous les systèmes de santé en Occident, il y a place dans le système québécois pour améliorer l'efficience et l'efficacité. Actuellement, le Québec consacre environ 10 % de sa richesse collective (PIB) uniquement pour les services de santé. Cette proportion le place dans le peloton de tête des sociétés industrialisées. Les Québécoises et les Québécois doivent en avoir pour leur argent. L'amélioration de l'efficience et de l'efficacité est une responsabilité fondamentale.

Cinquièmement

Le cinquième pilier de la stratégie est intimement lié à l'amélioration de l'efficience et de l'efficacité. Le comité est d'avis qu'un recours accru au secteur privé pour la prestation de services permettrait de réaliser des gains supplémentaires. En effet, l'expérience acquise au Québec et dans d'autres sociétés démontre que le recours au secteur privé augmente la réactivité des systèmes de santé et favorise l'innovation. Toutefois, le secteur privé ne saurait se substituer aux services publics. Il doit être perçu comme complémentaire, partenaire. De plus, les services qu'il offre doivent être encadrés par l'État afin d'en garantir la qualité.

Sixièmement

Le sixième pilier de la stratégie consiste à créer un Régime d'assurance contre la perte d'autonomie. Si rien n'est fait, l'atteinte prochaine de la vieillesse pour une cohorte nombreuse de personnes, dans un laps de temps très court, constituera un poids difficilement supportable pour le système de santé et de services sociaux, alors que le nombre de personnes en âge de travailler diminuera. Le gouvernement doit dès maintenant prendre les moyens pour absorber ce choc démographique.

Le Régime d'assurance proposé vise à créer une réserve en prévision de l'accroissement de la demande de services. Cette réserve serait constituée pendant la période au cours de laquelle la génération du « baby-boom » est encore au travail. Elle permettrait de réduire l'impact du vieillissement démographique sur les générations futures qui, autrement, devraient assumer toute la facture. Une telle formule garantirait une plus grande équité entre les générations.

La mise en place d'un tel Régime pourrait également fournir une occasion de renforcer la solidarité intergénérationnelle. Le comité juge en effet que le Régime devrait inclure une composante « jeunesse ». Dans cet esprit, il propose que chaque année, une partie des revenus du Régime soit allouée – selon des critères à déterminer – au développement de programmes et de services préventifs destinés aux jeunes (petite enfance, adolescence, jeunes adultes). Il s'agirait là d'une façon, pour la société québécoise, d'apporter une nouvelle nuance à la solidarité.

Septièmement

Le comité propose d'instaurer un « compte santé-services sociaux ». Ce compte ne constituerait pas une « entité comptable » distincte du Fonds consolidé du revenu, mais prendrait la forme d'un compte-rendu qui soulignerait les liens systématiques existant entre les dépenses de santé et de services sociaux et les sources de revenus assorties à leur financement. Dans l'éventualité où des revenus additionnels devraient être dédiés à la santé et aux services sociaux, ce compte permettrait une meilleure reddition de comptes et permettrait à la population de suivre plus facilement l'utilisation qui serait faite de ces revenus.

Huitièmement

Le comité soulève l'hypothèse que même si toutes les suggestions préconisées dans ce rapport étaient mises en application, il se peut qu'un manque à pourvoir entre les revenus affectés au secteur sociosanitaire et les dépenses de celui-ci persiste à court terme. Certaines avenues de solution exigent en effet un certain laps de temps avant de donner pleinement les rendements escomptés. C'est le cas notamment de la plupart des mesures visant une meilleure efficacité et efficience du système. Le comité considère que la voie à un financement additionnel provenant de l'imposition de certaines mesures fiscales ou parafiscales ne peut être fermée complètement. Le comité privilégierait alors la voie des taxes à la consommation, de préférence à toute autre formule qui s'apparenterait à un alourdissement de l'impôt sur le revenu.

Neuvièmement

Dans le but d'assurer le plus de transparence possible dans l'utilisation des fonds consacrés à la santé et aux services sociaux, le comité recommande la tenue d'une commission parlementaire annuelle spéciale qui servirait de cadre à une reddition de comptes permettant à la population du Québec d'évaluer les ressources consacrées au secteur sociosanitaire. Cet exercice permettrait également au gouvernement de revoir les priorités en fonction d'une vision globale de la situation.

En définitive

Il apparaît très clairement qu'il n'y a pas de solution unique pour assurer la pérennité du système de santé et de services sociaux. Seule une stratégie bien articulée et comportant plusieurs volets permettra d'atteindre l'objectif et d'éviter l'impasse.

2. Contrôler l'évolution de la dette

Le niveau de la dette du gouvernement du Québec devrait atteindre près de 120 MM$ à la fin de l'exercice financier 2005-2006. Cette dette est actuellement la plus élevée par rapport au PIB parmi celles de toutes les provinces canadiennes. Le coût des seuls intérêts sur la dette s'élève à 7,7 MM$ cette année; cela représente le tiers du budget du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Une réduction du niveau de la dette entraînerait de toute évidence des bénéfices importants. D'abord, le gouvernement bénéficierait d'une réduction de cette dette, ce qui lui permettrait de dégager des ressources additionnelles et de les affecter au financement des services publics, selon ses priorités. De plus, une réduction de la dette assurerait un traitement plus équitable aux générations futures qui devront en assumer le remboursement. Enfin, une réduction de la dette pourrait entraîner une amélioration de la cote de crédit du gouvernement et, par conséquent, des coûts d'emprunts moins élevés sur les marchés financiers.

Toutefois, malgré le maintien du déficit zéro et à défaut de nouvelles initiatives structurantes du gouvernement, la dette totale du gouvernement devrait continuer de croître au cours des prochaines années, notamment en raison du besoin, pour le gouvernement, de continuer à investir dans les infrastructures publiques.

Dans ce contexte, le gouvernement devrait se fixer à tout le moins pour objectif d'accélérer la réduction du poids de la dette par rapport à l'économie. À cette fin, différentes mesures visant à freiner la progression de la dette totale pourraient être envisagées.

Parmi celles-ci, mentionnons la création d'une réserve annuelle pour éventualités qui serait affectée au remboursement de la dette, à moins de circonstances extraordinaires clairement définies à l'avance. Le gouvernement fédéral ainsi que certaines provinces ont déjà recours à de telles réserves pour favoriser la réduction de leur dette.

Une alternative serait de mettre en place un fonds énergétique patrimonial dédié au remboursement de la dette, constitué des recettes supplémentaires provenant d'une hausse annuelle des tarifs d'électricité. Les sommes accumulées dans le fonds seraient consacrées à un programme structuré de rachat d'obligations du Québec sur le marché public.

À titre indicatif, une augmentation annuelle des tarifs d'électricité de 2 %, dont le produit serait consacré au remboursement de la dette, permettrait des remboursements cumulatifs de cette dette de 11,2 MM $ d'ici 2015, de 26,4 MM$ d'ici 2020 et 49,5 MM$ d'ici 2025. Au cours des mêmes périodes, ces remboursements entraîneraient des économies en intérêts de 1,9 MM$ après 10 ans, de 6,5 MM$ après 15 ans et de 15,8 MM$ après 20 ans.

Au-delà de l'effet sur la dette, ces augmentations de tarifs lanceraient un signal de prix et entraîneraient un impact non négligeable sur les efforts déployés en efficacité énergétique. Tous les experts s'entendent maintenant pour affirmer que les tarifs actuels ne reflètent pas la réalité et qu'un ajustement est requis. Notre avantage concurrentiel vis-à-vis les économies limitrophes au chapitre des coûts de l'énergie électrique n'en serait

vraisemblablement que peu altéré. Même si nos voisins augmenteront vraisemblablement, eux aussi, leurs tarifs, au moins à la hauteur de l'accroissement annuel de l'indice des prix à la consommation (IPC), une bonne partie de l'écart qui nous favorise dans ce domaine devrait donc être maintenu.

Le comité recommande :

> ***Que le gouvernement développe une politique globale de l'énergie comportant un fonds énergétique patrimonial destiné à accélérer le remboursement de la dette, afin de libérer une marge de manœuvre dont bénéficiera l'ensemble des missions de l'État, selon l'ordre de priorité qui leur sera accordé.***

3. Amener le gouvernement fédéral à accroître ses transferts au Québec

Le vieillissement de la population aura un impact important sur la croissance des dépenses de santé et de services sociaux, non seulement au Québec, mais dans l'ensemble des provinces canadiennes. Cette situation risque d'exacerber le problème de déséquilibre fiscal qui prévaut actuellement. La pérennité du financement à long terme du système de santé et de services sociaux constitue donc un défi qui interpelle également le gouvernement fédéral.

Alors que le gouvernement fédéral consacrait 23,2 % de ses revenus aux transferts aux provinces en 1993-1994, il n'en consacrait plus que 19,9 % en 2004-2005. Compte tenu des surplus budgétaires importants qu'il affiche année après année, le gouvernement fédéral dispose de la marge de manœuvre nécessaire pour augmenter ses transferts aux provinces, notamment au chapitre de la santé et des services sociaux.

Rappelons que le Québec a réalisé des gains importants en vertu de l'Accord sur la santé conclu en septembre 2004 en obtenant 4,2 MM$ en transferts fédéraux additionnels sur six ans. Cet Accord prévoit une croissance annuelle de 6 % des transferts fédéraux en espèces pour la santé, la création d'une fiducie pour la réduction du temps d'attente et la mise en place d'un fonds pour l'achat d'équipement médical. La contribution du gouvernement fédéral au financement des services de santé ne représente actuellement que 22 % des dépenses des provinces en ce domaine.

Par ailleurs, des défis importants restent à relever à l'égard de la péréquation et des transferts fédéraux dans les domaines de l'éducation postsecondaire et de l'aide sociale. À cet égard, le ministre des Finances du Québec a soumis des recommandations le 11 avril 2005 au Sous-comité de la Chambre des Communes sur le déséquilibre fiscal :

- D'une part, la péréquation doit être fondée sur une norme des dix provinces, couvrir intégralement les revenus des provinces, mesurer la capacité fiscale des provinces sur la base des pratiques fiscales réelles de celles-ci et enfin, être équitable pour l'ensemble des provinces.

- D'autre part, une réforme majeure s'impose, dès cette année, à l'égard du financement fédéral de l'éducation postsecondaire et de l'aide sociale. Le niveau de financement, la formule de répartition des sommes entre les provinces, de même que des mécanismes adéquats d'indexation devront être analysés et proposés.

Ces enjeux à l'égard des transferts fédéraux concernent directement la capacité du Québec de financer adéquatement son système de santé et de services sociaux. Sans une péréquation adéquate, le Québec ne peut offrir des services sociaux et de santé comparables à ceux des autres provinces sans imposer aux Québécoises et aux Québécois un fardeau fiscal plus élevé que la moyenne canadienne, ce qui nuit à la création de richesse et donc, à terme, à la pérennité du financement de la santé et des services sociaux.

De plus, le sous-financement fédéral de l'éducation postsecondaire et de l'aide sociale laisse moins de ressources au Québec, alors que des études démontrent que des

investissements visant à augmenter le niveau de scolarité et à réduire la pauvreté de la population sont essentiels pour diminuer les pressions sur le système public de santé.

Dans ce contexte, il est légitime et urgent d'interpeller le gouvernement fédéral pour qu'il hausse les transferts aux provinces, ces dernières devant composer avec une situation financière difficile, notamment avec des dépenses de santé qui croissent de plus en plus rapidement et qui grugent une part de plus en plus importante de leurs budgets.

Le comité recommande :

- ***Que le gouvernement du Québec interpelle le gouvernement fédéral afin que ce dernier hausse l'ensemble de ses paiements de transferts aux provinces pour ajuster la contribution fédérale en fonction des besoins nouveaux, notamment les besoins découlant de l'évolution démographique de la population québécoise.***

4. Améliorer l'efficience et l'efficacité du système de santé et de services sociaux

Il serait peu réaliste de chercher à résoudre les problèmes de financement de l'ampleur de ceux auxquels le système de santé et de services sociaux est confronté sans que l'on cherche d'abord à tirer le meilleur parti possible des ressources actuelles.

Comment utiliser de façon optimale les ressources ? Voilà sans doute la question la plus difficile à laquelle les administrateurs et les gestionnaires du système de santé et de services sociaux doivent répondre. Ils peuvent et doivent s'inspirer de l'expérience des autres, mais on sait qu'il n'y a pas de modèle parfait, transposable d'une société à une autre. L'expérience démontre par ailleurs qu'il y a rarement une cause unique aux problèmes d'une organisation aussi complexe.

Des gestes structurants doivent être posés afin d'atteindre le premier objectif que doit viser tout système de santé et de services sociaux : fournir les meilleurs soins et services possibles au coût le plus bas. Cet objectif doit être fondé sur le souci constant d'offrir des services répondant aux plus hauts standards de qualité et de sécurité. Il concerne enfin tous les acteurs – les administrateurs, les gestionnaires, les professionnels et le personnel – et doit constituer une préoccupation de tous les instants.

Le gouvernement a pris diverses mesures en ce sens au cours des derniers mois, notamment la création des centres de santé et de services sociaux, le développement des Groupes de médecine familiale (GMF) et de cliniques-réseau, l'ajustement du mode d'allocation budgétaire afin de corriger graduellement les écarts entre les régions, l'assouplissement de l'organisation du travail dans les établissements, etc. La mise en œuvre de ces mesures est en cours. Le comité reconnaît la pertinence des actions entreprises et croit qu'il s'agit là de pas importants. Il rappelle toutefois la nécessité de « monitorer » l'implantation des changements afin, le cas échéant, d'y apporter rapidement les corrections nécessaires.

Le comité propose ici des mesures qui s'inscrivent dans la foulée de la réforme en cours. Il juge ces mesures prioritaires à cause de leur influence déterminante sur l'efficience du système. Elles sont regroupées autour de six thèmes :

- l'organisation générale des services;
- la pratique médicale;
- les modes d'allocation budgétaire;
- l'organisation du travail et la main-d'œuvre;
- les principaux facteurs de croissance des coûts, soit la pratique médicale et les technologies, en particulier la technologie du médicament;
- l'évaluation et la reddition de comptes.

Un plan pluriannuel d'amélioration de la performance

Au point de départ, avant d'aborder chacun des six thèmes, le comité estime que le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et son réseau doivent se mobiliser autour d'un plan d'amélioration de la performance, assorti d'objectifs de

résultats. De façon pratique, un objectif chiffré devrait être fixé à chaque année en vue de freiner le rythme de croissance des dépenses. Cet objectif pourrait varier de 0,5 % à 1 % du budget alloué au système de santé et aux services sociaux. Les premières années, l'objectif devrait être nécessairement plus modeste afin de laisser le temps aux mesures implantées de produire les gains anticipés.

Une précision semble ici essentielle. Dans l'esprit du comité, il ne s'agit aucunement de proposer des compressions budgétaires, mais plutôt de fixer un objectif de diminution graduelle du rythme de croissance prévue des dépenses. Cet objectif s'inscrirait dans le cadre des plans régionaux et locaux; le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'agence régionale, le centre de santé et de services sociaux et l'établissement spécialisé seraient imputables, chacun à leur niveau, de l'atteinte des résultats.

À la base, des conditions préalables doivent toutefois être remplies. Le comité en identifie six :

- la consolidation des changements que le système connaît actuellement (implantation des centres de santé et de services sociaux, des Groupes de médecine familiale et des cliniques-réseau, etc.) dans une approche de prise en charge et de suivi des clientèles;

- un soutien accru à l'expansion des services « légers » (services à domicile, ressources intermédiaires entre l'établissement et le domicile, services dans la communauté);

- l'implantation d'outils essentiels pour fonctionner véritablement en réseau, en particulier les technologies de l'information nécessaires à la circulation de l'information clinique et au développement des systèmes d'information;

- l'accroissement des investissements en immobilisation, lorsque ceux-ci peuvent engendrer des économies significatives au plan des opérations;

- la formation et le recrutement de professionnels afin de combler les pénuries;

- la nécessité d'investir non seulement en santé, mais dans les services sociaux (personnes âgées, clientèles vulnérables, jeunes en difficulté).

Ces éléments exigeront des investissements à court terme qu'il faudra évaluer. Ils ne livreront leur plein rendement qu'à moyen et long terme. Il faut donc prévoir une indispensable mise à niveau, afin de donner une assise concrète à l'amélioration de l'efficience.

Le comité recommande :

Que le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et son réseau se dotent d'un plan pluriannuel transparent d'amélioration de la performance du système, avec des objectifs chiffrés de résultats, incluant une approche

de reddition de comptes, tant aux plans local, régional que national.

4.1 Améliorer l'organisation générale des services, aujourd'hui trop axée sur les services curatifs et spécialisés et les services institutionnels

Plus d'un demi-siècle d'expérience dans l'organisation de systèmes de santé a permis de tirer les enseignements nécessaires pour se donner une architecture optimale de services. Une telle architecture doit présenter les caractéristiques suivantes :

- des services de première ligne décentralisés, bien coordonnés et efficaces; ces services sont largement déployés sur le territoire et situés à proximité des milieux de vie;
- des services spécialisés regroupés, afin de créer des pôles d'excellence;
- une hiérarchisation fonctionnelle de l'organisation des services, c'est-à-dire la mise en place de continuums en vue de répondre aux besoins de plus en plus complexes d'une grande partie de la clientèle. Ces continuums reposent sur un ensemble de mécanismes qui permettent, d'une part, de diriger l'usager vers le ou les services requis au bon moment et, d'autre part, de bien gérer l'éventail des services offerts à chaque usager.

Une autre caractéristique a gagné en importance au cours des dernières années partout en Occident :

- le développement d'un éventail de plus en plus large de services « légers » (soutien à domicile, services dans le milieu de vie, ressources transitoires, etc.) en lieu et place de services en établissement. Ces services doivent être prêts à prendre la relève des services dispensés en établissement quand les conditions cliniques le permettent, afin de favoriser l'utilisation de la ressource la plus pertinente.

Il semble de plus en plus évident que lorsque certaines conditions sont remplies, cette façon d'offrir les services est non seulement plus efficace sur le plan clinique, mais aussi plus économique que les services institutionnels.

Enfin, une dernière caractéristique recueille un large consensus et s'impose maintenant comme une évidence :

- la nécessité de mettre davantage l'accent sur la prévention.

4.1.1 Consolider les services de première ligne

Les services généraux et les services de première ligne permettent de répondre à la grande majorité des besoins des gens, à proximité de leur domicile. Le faible développement de ces services se traduit généralement par une surcharge des services spécialisés et par des coûts supplémentaires pour la collectivité. Voilà pourquoi, au

Québec et au Canada, le renforcement des services de première ligne a été au cœur des recommandations des commissions d'enquête, des comités et des groupes de travail depuis trente ans.

La création de 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui couvrent l'ensemble du territoire québécois constitue un pas important. Il est prévu que ces nouvelles organisations exercent une responsabilité « populationnelle », c'est-à-dire qu'elles soient responsables de l'organisation de l'ensemble des services de première ligne sur leur territoire.

Plus précisément, le CSSS doit offrir un point de référence, un « guichet d'accès » bien connu du public, facilement accessible en tout temps et efficace. Il doit également conclure des ententes avec ses partenaires et prévoir des mécanismes de concertation et de coordination courants et quotidiens entre les acteurs du milieu, en particulier les médecins (Groupes de médecine familiale et cliniques-réseau), les établissements régionaux à vocation spécialisée, les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale. Le comité croit qu'un effort important de communication s'impose afin de bien faire connaître à la population le modèle d'organisation des services mis en place pour répondre à ses besoins.

La démarche en cours est cruciale. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et les agences régionales doivent s'assurer que le CSSS dispose de la marge de manœuvre et de tous les leviers nécessaires pour exercer sa responsabilité populationnelle. Le mode d'allocation budgétaire, en particulier, doit soutenir cette fonction centrale, qui constitue l'une des clés de la réforme en cours. Sans ce levier, il sera difficile pour la nouvelle organisation de jouer pleinement son rôle.

Enfin, les écarts budgétaires entre les territoires doivent être corrigés afin d'harmoniser l'offre de services de première ligne dans tous les territoires. Dans le but de renforcer les premières assises du système de santé et de services sociaux,

Le comité propose :

> *Que la consolidation des services généraux et des services de première ligne soit poursuivie en y investissant les fonds nécessaires et en implantant les leviers requis pour que toute la population soit adéquatement desservie par ces services.*

4.1.2 Concentrer les services de santé spécialisés

Les services spécialisés et surspécialisés permettent d'offrir une expertise de pointe pour les maladies et les problèmes qui nécessitent un traitement complexe. Ces services doivent être regroupés afin de créer des pôles d'excellence. Une telle concentration doit être fondée sur deux critères :

- une masse critique d'usagers à desservir;
- un regroupement optimal de l'expertise.

Ces pôles d'excellence doivent soutenir les interventions des services de première ligne ainsi que les services spécialisés en région, là où il est impossible de réunir une masse critique suffisante.

La construction de deux Centres hospitaliers universitaires (CHU) à Montréal ne doit pas détourner le gouvernement et les acteurs concernés de cet objectif. Au contraire, elle constitue une occasion unique pour assurer une véritable complémentarité entre les deux CHU, d'une part, et entre ceux-ci et le reste du réseau, d'autre part. Afin de concentrer l'expertise et de créer des pôles d'excellence,

Le comité propose :

> *Que l'organisation des spécialités médicales soit planifiée et consolidée autour des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) en organisant le soutien nécessaire aux régions.*

Par ailleurs, les services spécialisés à caractère social (déficience intellectuelle, déficience physique, alcoolisme et toxicomanie, jeunes en difficulté) sont déjà distribués dans un modèle de proximité. Il s'agit donc, au plan social, d'assurer le meilleur continuum de services possible à la population en assurant une fluidité entre les services généraux et les services spécialisés, ce qui est déjà amorcé à travers l'élaboration des projets cliniques.

4.1.3 Hiérarchiser les services

Si la coordination des services de première ligne est importante au niveau de chaque territoire, la hiérarchisation est essentielle à l'échelle du système. Cette hiérarchisation doit permettre l'utilisation la plus rationnelle possible des services en fonction des besoins de ceux qui consultent et de l'expertise professionnelle la plus apte à y répondre. Dans un système où une stricte hiérarchie est respectée, la première ligne joue un rôle de pivot et s'assure que tous les services sont utilisés à bon escient.

La hiérarchisation des services doit être accompagnée de mécanismes de coordination qui permettent un passage aisé d'un échelon à l'autre. Voilà pourquoi il faut organiser des « réseaux intégrés de services », en mettant notamment à contribution les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale pour les clientèles de longue durée (santé mentale, personnes âgées, etc.) et des « corridors » de services pour les clientèles de courte durée. Toutes ces filières sont essentielles pour offrir des services sans rupture. Le développement de telles filières doit être accentué. Dans plusieurs secteurs de services, le suivi médical est essentiel; il faut s'assurer de le rendre pleinement fonctionnel. Dans cette perspective,

Le comité propose :

> *Que l'architecture du système de santé et de services sociaux soit organisée de façon à favoriser l'utilisation optimale de chaque palier de services (généraux, spécialisés, surspécialisés) et que*

des « filières » soient constituées afin d'assurer la continuité pour l'usager.

4.1.4 *Substituer des services « légers » aux services en établissement*

Depuis une vingtaine d'années, on assiste à un déplacement graduel des soins et des services de l'établissement vers le milieu de vie. Quelquefois ce passage s'accompagne d'un séjour dans un cadre plus « léger » que l'établissement. Ce phénomène a été largement médiatisé avec le virage ambulatoire, pour les traitements de courte durée. Mais il touche tous les secteurs de services : santé mentale, déficience intellectuelle, déficience physique, etc. Cette stratégie de déploiement de services légers et adéquats, en amont des services spécialisés, doit aussi viser les personnes âgées en perte d'autonomie.

Les changements survenus dans l'organisation des services ne se sont pas toujours accompagnés d'un développement suffisant de services dans le milieu de santé, en particulier pour les services de soutien à domicile. Or, l'expérience révèle que la mise en place de tels services représente un important levier d'efficience, en plus de mieux répondre aux attentes des personnes qui ont une incapacité temporaire ou permanente. Le mouvement amorcé doit être poursuivi. Dans cette optique,

Le comité propose :

Que l'offre de services de soutien à domicile soit renforcée et harmonisée dans tous les territoires des CSSS en mettant notamment à contribution les entreprises du secteur de l'économie sociale, les organismes sans but lucratif et les coopératives d'habitation.

Que l'on soutienne le développement de ressources « légères » entre l'établissement et le domicile, dans le but de mieux répondre aux besoins actuels et de favoriser l'utilisation efficace et efficiente des ressources en établissement.

4.1.5 *Accentuer la prévention et la promotion de la santé et du bien-être*

La population souhaite que l'on consacre davantage de ressources aux fonctions de prévention et de promotion de la santé et du bien-être, dans le but d'ajouter non seulement des années à la vie, mais de la vie aux années, selon la célèbre formule de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'amélioration de la santé et du bien-être est un noble objectif auquel contribuent tous les acteurs sociaux : publics, privés et communautaires. L'action intersectorielle en faveur de la santé et du bien-être doit être soutenue et développée. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et son réseau ont un rôle de promotion à jouer et un leadership à exercer pour multiplier les actions de prévention et les faire converger.

Au sein même du réseau de la santé et des services sociaux, les services préventifs doivent aussi être développés. Le comité croit qu'il est important d'axer l'information sur la

responsabilisation individuelle et collective. Toutes les composantes de la société sont interpellées dans cette action : les établissements, les professionnels de la santé, le réseau de l'éducation, les municipalités, les entreprises, les organisations sociales et les individus. Le comité croit aussi qu'il est essentiel de mettre l'accent, au cours des prochaines années, sur les services aux jeunes, dans une perspective d'équité intergénérationnelle.

Un comité de travail créé lors du Forum des générations a reçu le mandat d'étudier la question et de proposer des mesures qui vont dans cette direction. Dans le respect des travaux de ce comité du Forum, le Comité sur la pérennité du système de santé et de services sociaux tient à réaffirmer ici l'importance de préparer la génération montante aux défis que posera la société de demain. Les jeunes en difficulté et leur famille, en particulier, devraient recevoir tout le soutien requis pour favoriser le développement de la prévention et de la promotion de la santé.

Le comité recommande :

> ***Que des efforts accrus soient déployés en prévention en mettant l'accent sur les grands déterminants de la santé, notamment l'éducation et la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, en ciblant notamment les jeunes faisant face à des problèmes particuliers et leur famille.***

> ***Que les ministères concernés (ministère de la Santé et des Services sociaux, de l'Éducation, du Loisir et du Sport, du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, de l'Emploi et de la Solidarité sociale et de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine) mettent en place, de façon concertée, des programmes structurés de promotion de la santé et de saines habitudes de vie dans les écoles et les services de garde sur tout le territoire du Québec.***

> ***Qu'un arrimage systématique soit établi entre les professionnels de la santé et des services sociaux et les réseaux qui dispensent des services à des clientèles vulnérables, particulièrement celle des jeunes, pour offrir un continuum de services permettant de lutter efficacement contre le décrochage et l'exclusion sous toutes ses formes et de favoriser la réinsertion sociale au moyen, notamment, d'une meilleure intégration au marché du travail.***

4.1.6 Soutenir les initiatives citoyennes pour répondre aux besoins de services de promotion et de prévention

La capacité d'agir collectivement pour répondre à des besoins économiques, sociaux et culturels de la population est l'une des caractéristiques de la société québécoise. Depuis des décennies, les réseaux de coopératives et d'organismes sans but lucratif qui

s'appuient sur l'implication des citoyens jouent un rôle primordial dans une foule de domaines, qu'il s'agisse de la création d'activités économiques, de services de proximité, d'habitation ou d'insertion sociale, pour ne nommer que ces quelques exemples.

Les services de santé et de maintien à domicile ne font pas exception à cette réalité. Des centaines d'organismes communautaires travaillent dans les domaines de la prévention et de l'offre de services à des clientèles diverses incluant les aînés, les personnes ayant des limitations physiques ou intellectuelles, les jeunes en difficulté, les femmes victimes de violence, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, etc. La plupart de ces organismes communautaires ont fait leurs preuves en termes d'efficacité, de souplesse et d'innovation dans la réponse à des besoins constamment en évolution. Au cours de la dernière décennie, le développement des entreprises d'économie sociale dans le domaine de l'aide à domicile, de l'hébergement et de l'offre de services de première ligne (coopératives de santé), a connu une croissance importante dans toutes les régions du Québec.

Cet entrepreneurship social n'a pas encore réalisé son plein potentiel dans le domaine de la santé, notamment en réponse aux besoins de soutien à domicile, de services de première ligne ou dans la communauté, de l'hébergement pour les personnes en légère perte d'autonomie et de services de prévention et de promotion de la santé.

Le secteur de l'économie sociale pourrait être mis davantage à contribution. Plusieurs entreprises de ce secteur ont développé des services de proximité, en complémentarité avec le réseau de la santé et des services sociaux. Elles préconisent une approche basée sur la prévention, elles encouragent la participation des citoyens et elles favorisent un processus démocratique, en plus de créer de nouveaux emplois durables. Dans cette perspective,

Le comité recommande :

> ***Que le soutien financier accordé au réseau d'entreprises d'économie sociale soit consolidé afin qu'elles puissent assurer des services de qualité sur tout le territoire québécois.***

> ***Que le gouvernement reconnaisse concrètement l'avenue du logement coopératif et sans but lucratif comme étant l'une des solutions aux besoins croissants de soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, par exemple en finançant les services de soutien dans ces établissements (coopératives et OSBL d'habitation)***

Le comité propose :

> *Que l'accent soit mis, dans tout le système de santé et de services sociaux, sur la participation de l'individu dans ses démarches de santé et dans sa relation avec la collectivité, plutôt que sur l'individu à titre de patient ou de consommateur passif de services.*

4.2 Mobiliser les médecins

Le médecin est un acteur central au sein du système de santé et de services sociaux. La consolidation des services de première ligne doit permettre d'offrir à tous les citoyens une garantie d'accès à un médecin de famille. Rappelons que pendant trop longtemps, les services du réseau public et les cliniques médicales privées se sont développés en parallèle, sans que de véritables liens soient établis entre ces services. La création de Groupes de médecine familiale et de cliniques-réseau vise à corriger cette lacune.

Il faut poursuivre le développement des Groupes de médecine familiale et des cliniques-réseau afin de couvrir tout le territoire. De plus, la pénurie de médecins généralistes (il manquerait l'équivalent de 700 omnipraticiens actuellement) doit être résorbée le plus rapidement possible. Enfin, les modes de rémunération médicale et de participation aux objectifs d'une approche populationnelle doivent être adaptés afin de mieux répondre aux besoins des usagers et aux objectifs du système.

Du côté des généralistes, il faut soutenir l'exercice de responsabilisation à l'égard de la population ou des clientèles. Depuis quelques années, on assiste à une croissance des maladies chroniques qui nécessitent un suivi médical parfois important. La tendance devrait aller en augmentant avec le vieillissement de la population que le Québec connaîtra au cours des prochaines années.

Du côté des spécialistes, les objectifs sont différents, selon les secteurs d'activité. Mais, comme dans le cas des généralistes, les modes de rémunération doivent être adaptés aux pratiques attendues. Pour ces raisons, le comité juge que l'on devrait favoriser les modes de rémunération mixtes, modulés en fonction des objectifs d'efficience du système.

Enfin, la participation des médecins à la gestion du système et des établissements de santé devrait être encouragée, en leur proposant des modèles de fonctionnement mobilisateurs. Des efforts ont été faits en ce sens au cours des dernières années, notamment avec l'ajustement des modes de rémunération pour les activités médico-administratives. Ces efforts devraient être accentués. Afin de confirmer le rôle du médecin comme acteur central au sein du système,

Le comité recommande :

Que le gouvernement se donne comme première priorité d'assurer à toutes les Québécoises et à tous les Québécois, partout sur le territoire, l'accès à un médecin de famille.

Que le mode de rémunération des médecins évolue vers un système mixte qui favorise la prise en charge des clientèles et la continuité des services, ainsi qu'une plus grande participation à l'organisation des services dans le système de santé, et que ce mode de rémunération comporte les incitatifs nécessaires à l'atteinte de ces objectifs.

Le comité propose :

> *Que le gouvernement poursuive ses efforts dans la recherche de modes d'organisation de la pratique médiale, tels les Groupes de médecine familiale, les cliniques-réseau et toute autre approche d'optimisation du système bénéficiant à la fois aux professionnels de la santé et à la population desservie. Les médecins généralistes rémunérés par le système public devraient notamment travailler en complémentarité avec le CSSS de leur territoire et participer au partage des tâches, dans le respect des priorités fixées par les agences régionales.*

4.3 Moderniser les modes d'allocation budgétaire

Le mode d'allocation budgétaire aux établissements de santé et de services sociaux est toujours fondé, pour l'essentiel, sur des bases « historiques » : reconduction d'année en année des budgets établis à la fin des années 1970 comportant des ajustements à la marge. Une méthode d'équité, élaborée au milieu des années 1990, n'a pas permis de corriger les écarts que l'on remarque toujours entre les régions et les territoires.

Récemment, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec s'est donné pour objectif de diminuer de 50 %, d'ici 2010, les écarts entre les régions et les territoires. Actuellement, les régions qui ont connu une croissance démographique récente sont particulièrement défavorisées puisqu'elles comptent peu d'établissements. L'objectif de diminuer les écarts entre les régions et les territoires est certes louable. Toutefois, il faudrait accélérer le pas pour que ces disparités soient éliminées dans un délai plus court.

Par ailleurs, le mode d'allocation budgétaire aux établissements devrait évoluer vers des formules plus appropriées :

- dans un premier temps, les établissements de première ligne (centres de santé et de services sociaux) devraient recevoir un budget établi en fonction de la population du territoire et de ses caractéristiques sociosanitaires. Les établissements de santé spécialisés (CH), pour leur part, recevraient un budget en fonction de deux paramètres : les volumes de services attendus (établis en fonction des besoins de la population qu'ils desservent) et la lourdeur relative de leurs clientèles;

- à plus long terme, d'autres scénarios pourraient être envisagés, par exemple l'octroi aux centres de santé et de services sociaux d'un budget pour l'ensemble des services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie, afin de permettre à ces établissements d'acquérir des services auprès d'autres partenaires.

Ces mesures permettraient entre autres de confirmer la responsabilité attribuée aux centres de santé et de services sociaux à l'égard de la santé des populations qu'ils desservent. Afin d'adapter le mode d'allocation budgétaire aux besoins d'aujourd'hui et aux objectifs du système,

Le comité propose :

> *Que le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec se rende au bout de sa réforme concernant les modes d'allocation des ressources afin que ceux-ci soient davantage axés sur les besoins sociosanitaires de la population, ce qui implique :*
> *1) sur le plan de l'allocation des ressources aux régions, l'élimination, dans les meilleurs délais, des écarts interrégionaux, tels que déterminés par l'approche populationnelle;*
> *2) sur le plan de l'allocation des ressources aux établissements de santé spécialisés, l'implantation d'un mode de budgétisation basé sur les volumes de services attendus et les coûts ajustés en fonction de la lourdeur des clientèles plutôt que sur une base historique.*

4.4 Optimiser les compétences de la main-d'œuvre et adapter l'organisation du travail

Les ressources humaines forment le cœur de toute organisation. Dans le réseau de la santé et des services sociaux, leur importance est primordiale, étant donné la nature des activités qu'on y exerce, fondées à la fois sur les rapports humains et sur une haute expertise professionnelle.

L'optimisation des ressources humaines repose sur une série de conditions. Le comité veut attirer l'attention sur trois d'entre elles :

- un environnement de travail satisfaisant;
- des pratiques décloisonnées et orientées vers le travail d'équipe;
- une plus grande marge de manœuvre pour les directeurs généraux d'établissement.

Il faut aussi aux professionnels et à l'ensemble du personnel le meilleur environnement de travail possible. Les administrateurs et les gestionnaires du réseau doivent notamment voir à réduire la surcharge de travail et à planifier des aménagements créatifs et innovateurs du temps de travail, de façon à aider les employés à mieux concilier travail et vie personnelle. Ils doivent également s'assurer que le personnel dispose de tous les équipements nécessaires afin qu'il puisse mettre à profit ses compétences. Enfin, le travail de chacun doit être mieux reconnu et valorisé.

De son côté, le personnel doit aussi pouvoir contribuer activement à l'amélioration des façons de faire en formulant des suggestions qui seront prises en considération. Les meilleures pratiques de gestion des ressources humaines doivent servir d'inspiration dans ce domaine.

Du côté des pratiques, il faut viser un partage des tâches optimal et développer le travail multidisciplinaire. La révision du Code des professions a permis de décloisonner les pratiques, d'élargir le champ de chaque profession et de favoriser le travail d'équipe. Les administrateurs, les gestionnaires, les professionnels et les employés doivent profiter de cet exercice, ainsi que du nouveau contexte créé par la diminution des accréditations

syndicales dans les établissements, pour se donner à leur tour un milieu de travail à leur mesure.

Les directeurs généraux d'établissement sont les premiers responsables de l'atteinte de l'objectif d'amélioration de l'efficience. Leur rôle doit être renforcé. Ils doivent notamment disposer de toute la marge de manœuvre nécessaire pour, d'une part, instaurer une véritable gestion participative au sein de leur établissement et, d'autre part, nouer des ententes de collaboration avec les partenaires de leur milieu. La réglementation doit être allégée en ce sens. Pour ce faire,

Le comité recommande :

> ***Que le cadre général de travail de tous les groupes d'employés qui composent le système de santé et de services sociaux favorise une approche multidisciplinaire en révisant les champs de pratique (par exemple, entre médecins et infirmières) et en renforçant la collaboration et le partage des responsabilités entre les groupes de professionnels.***

Le comité propose :

> *Que le rôle stratégique des directeurs généraux d'établissement soit renforcé dans le but d'améliorer l'efficacité et l'efficience du système, en leur conférant une plus grande marge de manœuvre, mais en mettant aussi l'accent sur une véritable reddition de comptes.*

> *Que le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et son réseau se donnent un plan d'action visant à mobiliser la main-d'œuvre, à mettre en place les conditions nécessaires pour améliorer la présence au travail et à favoriser la prolongation de carrière.*

4.5 Agir sur les principaux facteurs de croissance des coûts

Deux facteurs structurants ont une incidence majeure sur l'amélioration de la qualité des services et sur l'évolution des coûts des services de santé : la pratique médicale et les technologies, en particulier la technologie du médicament.

Retenons ici la question du médicament (sur la pratique médicale, voir plus haut, section 4.2). Ce secteur connaît depuis quelques années une forte croissance, bien que le rythme d'augmentation ait fléchi au cours des deux dernières années. Les coûts des médicaments ont maintenant dépassé les coûts des services médicaux; ils pourraient bientôt compter pour près de 20 % des dépenses totales de santé. C'est donc là un poste budgétaire très important.

Dans une optique d'efficience, le comité juge que l'accent devrait être mis sur l'utilisation optimale des médicaments. Cet objectif concerne tous les acteurs qui doivent travailler ensemble : l'industrie pharmaceutique, les professionnels de la santé, les organismes gouvernementaux concernés et les patients. La population, de même que chaque citoyen qui consulte un professionnel de la santé, doivent notamment être sensibilisés à l'utilisation optimale des médicaments. Le plein potentiel des technologies doit être mis à contribution pour effectuer les meilleurs suivis dans ce domaine. Dans cette optique,

Le comité recommande :

> ***Que des règles strictes soient édictées afin de garantir l'indépendance des médecins et des pharmaciens à l'égard de toute entreprise faisant la commercialisation de produits reliés au secteur de la santé, tout en favorisant une saine collaboration entre les divers intervenants, dans le meilleur intérêt des clientèles concernées.***

Le comité propose :

> *Que le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec se donne un plan d'action visant l'utilisation optimale des médicaments et comprenant des mesures concrètes qui interpellent à la fois l'industrie pharmaceutique, les professionnels de la santé, les consommateurs et les organismes gouvernementaux concernés et qui engagent leurs responsabilités respectives dans l'atteinte des objectifs de résultats préétablis.*

4.6 Implanter une culture de l'évaluation et renforcer la reddition de comptes

L'amélioration de l'efficience doit constituer une préoccupation constante à tous les échelons du système : dans les établissements, les agences régionales et au Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Cette préoccupation doit découler d'une vision cohérente et mobilisatrice. Deux fonctions centrales seront au cœur de cette vision : l'évaluation et la reddition de comptes.

Dans une organisation aussi complexe que le système de santé et de services sociaux, l'évaluation doit être intégrée, *a priori*, à tous les secteurs d'intervention. Il est essentiel de se donner des instruments plus raffinés que ceux dont on dispose actuellement pour fixer les cibles, évaluer les interventions, « monitorer » les changements, bref pour être en mesure d'exercer un suivi régulier et constant. Toutes les activités d'évaluation doivent s'inscrire dans une démarche intégrée qui permettra le développement d'indicateurs, la comparaison et le « benchmarking » plutôt que l'application de normes et de contrôles. La diffusion des résultats devra également recevoir une attention particulière.

Une démarche intégrée d'évaluation permettra de donner de meilleures assises à la reddition de comptes. Avec les changements en cours et l'évolution prévisible du système de santé et de services sociaux, il est impérieux d'exercer un suivi serré des ententes de

gestion conclues entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les agences régionales et les établissements afin de développer une culture de l'évaluation et renforcer la reddition de comptes au sein du système,

Le comité recommande :

> ***Que le processus d'évaluation s'inscrive dans une approche intégrée, transparente et multidirectionnelle, et qu'il soit renforcé à tous les niveaux du système. Les ententes de gestion conclues entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les agences régionales et les établissements devraient notamment faire l'objet d'une véritable reddition de comptes.***

Le comité propose :

> *Que tout investissement dans le système (construction, équipements, systèmes d'informations, etc.) soit assorti d'une obligation de résultat liée aux gains de l'efficience à réaliser.*

5. Recourir davantage au secteur privé

5.1 Une opportunité de revitaliser les services publics

En levant l'interdiction de contracter une assurance privée pour défrayer le coût des services couverts par le système public de santé du Québec, un jugement récent de la Cour suprême du Canada (arrêt Chaoulli) a soulevé dans la population de vives réactions. Chez les uns, l'espoir, le cas échéant, de pouvoir accéder à des services de santé plus rapidement auprès du secteur privé; chez d'autres, l'inquiétude de voir se développer un système dit « à deux vitesses ». De l'avis du comité, ces réactions sont légitimes. Elles doivent cependant être impérativement conciliées.

À cet effet, le comité estime important que le gouvernement réaffirme sa volonté de préserver l'intégrité du système de santé et de services sociaux du Québec. Mais comme plusieurs commissions l'ont déjà souligné, il importe de rappeler que la véritable intégrité de notre système repose, de façon inhérente, sur DEUX PILIERS :

- son financement public
- la prestation « mixte » des services.

Préserver l'intégrité du système signifie d'abord préserver l'intégrité du financement public actuel. Le comité partage avec l'ensemble des Québécois l'opinion que le financement public du système de santé et de services sociaux constitue un acquis social majeur qui doit être maintenu, ainsi qu'un élément essentiel à l'équité et à la solidarité collectives. Plus prosaïquement, il s'agit d'une question d'efficacité économique : il est reconnu que les systèmes sociosanitaires basés sur un financement public maîtrisent généralement mieux le rythme d'augmentation de leurs dépenses.

On ne saurait toutefois se limiter à une approche purement défensive, visant à contenir les risques potentiels que pourrait soulever le jugement de la Cour suprême. Pour le comité, il importe au contraire de renforcer l'intégration du privé et du public à l'intérieur du système de prestation « mixte » des services que nous connaissons déjà.

À cet effet, il faut rappeler que la création même du système de santé et de services sociaux a été rendue possible — et que le système a pu être maintenu depuis plus de trente ans — grâce à la collaboration constamment renouvelée de tous les partenaires, incluant ceux du secteur public, ceux du secteur privé, ceux des secteurs communautaires et, plus récemment, ceux de l'économie sociale.

En plus des professionnels de la santé, dont la grande majorité des services est rendue en pratique privée, les secteurs privé et communautaire sont mis à contribution de plus en plus importante dans les activités du secteur public de la santé et des services sociaux. La majeure partie de cette contribution est reliée à la fourniture de biens ainsi qu'à la prestation de services de soutien.

Le rôle du secteur privé prend moins d'ampleur dans la prestation de soins et de services aux personnes âgées. D'une part, le secteur communautaire intervient dans différentes activités reliées principalement au maintien à domicile. D'autre part, le secteur privé a la responsabilité d'exploiter environ 20 % des lits d'hébergement et des soins de longue

durée qui sont depuis longtemps entièrement intégrés à l'offre de service du système public et dont celui-ci finance entièrement les coûts.

Dans cette perspective, le comité estime qu'un recours accru au secteur privé pourrait contribuer à revitaliser certains services, en mettant à contribution la grande capacité d'innovation, la rapidité de réaction et l'efficacité qui lui sont reconnues. Il importe toutefois de réaffirmer qu'un recours accru au secteur privé devrait nécessairement s'inscrire dans le cadre de politiques ministérielles et d'un financement public.

Le comité considère en effet que les meilleurs moyens pour prévenir le risque de développement de services de santé privés parallèles consistent, entre autres, à offrir aux différents partenaires privés — tant à but lucratif que non lucratif — l'opportunité de mettre en valeur leur dynamisme tout en intégrant leurs activités à celles du réseau. Globalement, le système actuel de prestation pourrait ainsi offrir à la population un meilleur accès à des services sociaux et de santé de qualité. Les services offerts par les différents partenaires privés devraient être des services complémentaires et non des substituts à ceux produits par les intervenants du secteur public.

C'est dans cet esprit, en continuité avec le système qui existe déjà, que le comité suggère de renouveler les façons de « mettre le privé au service du public », à la lumière des possibilités et des défis d'aujourd'hui, comme le système de santé québécois a su le faire déjà, avec succès, dans le passé.

Selon le comité, les domaines pour lesquels la prestation de services pourrait être améliorée en faisant appel à une mixité plus étroite du public et du privé seraient les suivants : les grands projets de construction, d'agrandissement ou de mise à niveau d'installations; les services périphériques de soutien et d'administration; la prestation de certains services sociosanitaires proprement dits; les cliniques communautaires et les coopératives de santé. Dans tous les cas, le comité juge essentiel de s'assurer que les services offerts par le privé soient de qualité au moins égale à celle des services offerts par le réseau public et que la collaboration entre les secteurs public et privé soit placée sous strict contrôle public.

5.2 Fixer les paramètres souhaitables de la prestation de services par le secteur privé

Sans nullement remettre en cause les orientations précédentes, le comité suggère au gouvernement d'examiner le niveau de prestation de services que le secteur privé pourrait être invité à assumer au Québec dans le cadre d'un système financé par les fonds publics, et ce, dans tous les secteurs reliés à la santé, lors de la Commission parlementaire sur le rôle et la place du secteur privé en santé qui devrait se tenir au cours de la prochaine année.

Les pays qui se classent aux premiers rangs du palmarès de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) quant à la qualité et à l'accessibilité des services dispensés à leurs populations ont en commun une participation significative du secteur privé à la gestion et la prestation des soins de santé à la population. Ces pays dépensent moins que nous ne le faisons en santé en terme d'investissement par habitant en regard du PIB. De plus, la présence du secteur privé dans le système de santé de ces pays semble avoir aussi pour effet de créer une saine émulation dans l'ensemble de leur système de santé.

La Commission parlementaire devrait donc débattre le fond de la question et, le cas échéant, le gouvernement devrait fixer des cibles acceptables au Québec quant aux niveaux de prestation de services accessibles au secteur privé dans tous les domaines de la santé, en s'inspirant de l'expérience de pays qui dépensent moins que nous tout en affichant de meilleurs résultats. C'est le cas notamment de la France, de l'Angleterre, du Danemark, de la Norvège, de la Suède, de l'Allemagne, pour ne citer que ces exemples.

Le comité recommande :

> ***Que le gouvernement fixe des cibles acceptables au Québec quant aux niveaux de prestation de services accessibles au secteur privé dans tous les domaines de la santé et des services sociaux, dans le cadre d'un système financé par les fonds publics, et qu'il indique les secteurs concernés ainsi que les paramètres qui encadreront ces activités.***

5.3 Les grands projets de construction, d'agrandissement ou de mise à niveau d'installations

Bien que le gouvernement ait rehaussé de façon substantielle les enveloppes budgétaires récurrentes reliées au maintien des actifs, une part importante du parc immobilier du réseau de la santé et des services sociaux requiert d'importantes mises à niveau (signalons à cet égard que 25 % des édifices ont plus de 60 ans). Le retard immobilier du réseau s'aggrave à chaque année et le gouvernement n'a pas les moyens d'y remédier.

Or, d'importants capitaux privés et institutionnels — provenant surtout de régimes de retraite dont plusieurs gèrent des actifs appartenant à des Québécoises et à des Québécois— sont présentement disponibles. Le gouvernement pourrait recourir à ces capitaux en invitant les institutions qui seraient disposées à investir dans des projets de construction ou de modernisation d'établissements du réseau à le faire. Des partenariats incluant ces institutions financières et des constructeurs privés pourraient aussi être envisagés.

Le comité est conscient que la formule de partenariat public-privé soulève présentement un débat très émotif dans la population. Il ne souhaite aucunement être perçu comme un protagoniste dans ce débat. Il cherche plutôt à ouvrir une perspective d'adaptation de cette formule, largement utilisée dans les pays développés, au secteur de la santé québécois qui éprouve d'énormes besoins d'investissement en capital.

À cet égard, il faut rappeler d'abord que ce qui caractérise fondamentalement la formule du partenariat public-privé (PPP), c'est qu'elle doit reposer sur une entente contractuelle à long terme à l'intérieur de laquelle un partenaire public confie à un partenaire privé la responsabilité de projets publics, tout en demeurant le maître d'œuvre de ces projets. Ceux-ci peuvent couvrir la conception, la réalisation, le financement et l'exploitation (en

tout ou en partie), d'un projet. De plus, l'entente doit établir un véritable partage de risques entre les partenaires publics et privés[21].

De l'avis du comité, la réalisation en mode de partenariat public-privé de grands projets de construction, d'agrandissement ou de mise à niveau d'installations dans le réseau de la santé et des services sociaux pourrait, dans certains cas, s'avérer avantageuse pour toutes les parties. Le gouvernement pourrait engager les travaux nécessaires plus rapidement et sur une plus grande échelle que ne le permettent les budgets disponibles et ce, sans alourdir la dette publique. Il convient à cet égard de mentionner que, selon des études portant sur l'expérience des PPP en Angleterre, la réalisation de projets sans dépassements d'échéanciers et de coûts (« on time on costs ») pourrait compenser le fait que le gouvernement peut emprunter sur les marchés à des taux inférieurs à ceux des grandes institutions.

Pour sa part, la population pourrait bénéficier d'une meilleure accessibilité et d'une qualité accrues des installations.

Quant aux institutions concernées, elles pourraient également y trouver leur compte, grâce à la sécurité et à la stabilité à long terme qu'elles recherchent pour leurs placements.

Le comité est d'avis que l'option du partenariat public-privé devrait donc être examinée pour la réalisation de tous les grands projets de construction, d'agrandissement ou de mise à niveau des installations du réseau au cours des prochaines années. Une analyse comparative de la réalisation de ces projets, en mode conventionnel ou en partenariat, public-privé devrait être effectuée afin d'évaluer les avantages respectifs de chacune des formules. Pour être retenue, l'option PPP devrait avoir fait, sans équivoque, l'objet de la démonstration des avantages qu'elle offre.

Dans cette éventualité, le gouvernement devrait s'assurer non seulement que les clauses des ententes de partenariat respectent des normes reconnues de qualité pour les aménagements, mais qu'elles assurent également un véritable partage de risques entre le réseau public et les intérêts privés concernés et ce, dans le respect des conventions collectives en vigueur. Elles devraient donc être régies par un encadrement rigoureux.

Le comité recommande :

> ***Que pour tous les projets importants d'agrandissement, de réfection majeure ou de construction de nouvelles installations dans le réseau de la santé et des services sociaux, l'option de réalisation en mode de partenariat public-privé soit examinée, et qu'elle fasse l'objet d'une analyse comparative avantages-inconvénients avec le mode de réalisation conventionnel.***

---

[21] En vertu de ces caractéristiques, on doit donc distinguer la formule PPP d'autres formules de recours au privé plus familières, en vertu desquelles un organisme privé exécute simplement une activité particulière, tel l'entretien ménager (sous-traitance), ou un ensemble d'activités (impartition), selon des directives et des paramètres définis par l'administration publique dans un contrat ponctuel.

Le comité propose :

Que les clauses des ententes de réalisation en mode PPP respectent des normes reconnues de qualité pour les aménagements et assurent un véritable partage de risques entre le réseau public et les partenaires privés et ce, dans le respect des conventions collectives en vigueur.

5.4 Les services périphériques de soutien et d'administration

Au cours des prochaines années, les établissements de santé et de services sociaux devront relever un défi déterminant pour l'avenir du système : celui d'offrir à leurs clientèles croissantes et vieillissantes les services essentiels dont elles ont besoin. Pour relever avec succès un tel défi, elles devront pouvoir concentrer le maximum de leur temps, de leurs efforts et de leurs énergies sur la planification, sur l'organisation et sur la prestation des services de base à ces clientèles.

Afin de leur permettre de se concentrer sur leur mission première, le comité estime que les établissements publics pourraient acquérir certains services périphériques de soutien et d'administration (par exemple, l'alimentation ou l'entretien ménager) auprès d'organismes privés en faisant appel davantage à diverses formules de « faire faire » (impartition, sous-traitance, etc.). Ces ententes devraient, le cas échéant, être définies dans le respect des conventions collectives en vigueur.

Les établissements publics doivent toujours demeurer garants de la qualité des services sous leur responsabilité, qu'ils les produisent eux-mêmes ou qu'ils les confient à des entreprises. Lorsqu'ils font appel au secteur privé, il est donc essentiel qu'ils mettent en place les mécanismes nécessaires pour contrôler leur qualité. Ils devraient notamment faire affaire avec des entreprises certifiées en termes de qualité.

Le comité propose :

Que les établissements publics mettent davantage à contribution les organismes et les entreprises du secteur privé offrant certains services périphériques de soutien et d'administration, en faisant appel à diverses formules de « faire faire » et ce, dans le respect des conventions collectives en vigueur, afin qu'ils puissent se concentrer sur leur mission première, soit la prestation de soins de santé et de services sociaux.

Que les établissements publics mettent en place les mécanismes nécessaires afin de s'assurer de la qualité des services de soutien et d'administration ainsi obtenus auprès d'organismes ou d'entreprises privées.

5.5 La prestation de services sociosanitaires

Alors que les besoins de la population sont en voie de dépasser les capacités — tant humaines que physiques — du réseau, le secteur privé (à but lucratif ou non lucratif) dispose aujourd'hui des ressources et de la capacité nécessaires pour assurer certains services sociosanitaires avec un niveau de qualité élevé et de façon efficiente.

Dans ce contexte, le comité est d'avis qu'il y aurait lieu d'accorder aux agences régionales et aux établissements de santé et de services sociaux la possibilité de contracter l'acquisition de certains services sociosanitaires auprès de fournisseurs privés qualifiés, dans une approche empreinte de souplesse, mais balisée par une reddition de comptes efficace.

5.5.1 *Les services dispensés aux personnes en perte d'autonomie*

Compte tenu du vieillissement rapide de la population québécoise, le comité estime que le recours au secteur de l'économie sociale, au secteur communautaire et au secteur privé devrait être utilisé davantage qu'il ne l'est présentement afin de permettre de renforcer, le plus rapidement possible et de façon efficiente, les services dispensés aux personnes en perte d'autonomie. Il importe cependant de s'assurer que les nouveaux services dispensés par ces intervenants s'intègrent adéquatement à l'ensemble des services de première ligne.

La solidarité sociale s'exprime également par l'engagement de nombreuses personnes bénévoles dont l'action nécessite une meilleure coordination. Les efforts de ces personnes pourraient contribuer à améliorer les suivis dans divers domaines, notamment le soutien à domicile, le soutien aux personnes en institution, etc. Les divers établissements du secteur de la santé, de même que plusieurs organismes du secteur de l'économie sociale, devraient favoriser le recours à ces bénévoles, notamment aux personnes retraitées en bonne santé. Celles-ci offrent souvent une expertise et une expérience de vie dont tous les intervenants pourraient bénéficier. Elles éprouvent trop souvent un sentiment de rejet de la population active. Elles trouveraient certainement là un remède à leur solitude.

En matière de services de soutien à domicile, il faut souligner la contribution importante des entreprises d'économie sociale d'aide domestique. Leur situation est cependant fragile. Le comité estime qu'un meilleur soutien financier pourrait leur permettre de consolider leurs activités et de contribuer davantage à combler le retard du Québec en matière de services de soutien à domicile.

À moyen terme, le gouvernement pourrait examiner la possibilité d'allouer des prestations en espèces aux personnes en perte d'autonomie afin qu'elles aient la liberté de choisir et d'acheter elles-mêmes les services de soutien à domicile dont elles ont besoin auprès d'entreprises ou même de leurs proches. Le gouvernement devrait toutefois s'assurer que ces entreprises ou ces personnes sont dûment accréditées par le réseau public, comme nous le verrons au chapitre suivant.

Une telle formule pourrait s'avérer avantageuse au plan financier. Elle pourrait également favoriser l'amélioration de l'efficience, au moyen d'une saine concurrence entre les prestataires de services. Elle devrait toutefois être assortie de mesures strictes de contrôle

de la qualité, du fait qu'il s'agit de services qui s'adressent par définition à des clientèles vulnérables. Soulignons que l'octroi de prestations directes de services serait cohérent avec la création éventuelle d'un nouveau Régime d'assurance collective contre la perte d'autonomie.

Pour les personnes âgées en grande perte d'autonomie qui ne peuvent plus demeurer dans leur résidence, on sait déjà qu'il faudra prévoir d'autres formules que l'hébergement traditionnel tel que nous le connaissons. Ce secteur offre, de l'avis du comité, un vaste terrain pour le développement de nouveaux types de ressources d'hébergement conjuguant la participation des secteurs public, privé et communautaire. De telles formules seraient susceptibles de permettre à des ressources privées de mieux répondre aux besoins croissants et diversifiés d'hébergement des personnes âgées, tout en permettant aux intervenants du réseau d'assurer aux personnes résidentes les soins et les services spécialisés que leur condition requiert, conformément à leur responsabilité première.

Le comité recommande :

> ***Que pour améliorer les services dispensés aux personnes en perte d'autonomie de façon efficiente, le recours au secteur de l'économie sociale, au secteur communautaire et au secteur privé soit accru, tout en s'assurant que les services dispensés par ces intervenants soient intégrés de façon adéquate à l'ensemble des services de première ligne.***

> ***Que soit examinée la possibilité d'allouer directement aux personnes en perte d'autonomie des prestations en espèces, afin qu'elles aient la liberté d'acheter elles-mêmes les services de soutien à domicile dont elles ont besoin auprès d'entreprises ou de leurs proches, en s'assurant que les dispensateurs concernés soient dûment accrédités par le réseau public. L'exercice de cette option devrait être encadré par des mesures strictes de contrôle de la qualité.***

Le comité propose :

> *Que des mesures soient prises pour favoriser le développement de formules autres que l'hébergement traditionnel, conjuguant les ressources et la participation des secteurs public, privé et communautaire, afin de répondre aux besoins croissants d'hébergement des personnes en grande perte d'autonomie.*

5.5.2 Les services hospitaliers diagnostiques ou thérapeutiques

Alors que les durées d'attente importantes perdurent pour l'accès à certains services hospitaliers, le gouvernement n'est pas en mesure d'accroître suffisamment les dépenses d'immobilisation et d'équipements spécialisés pour les réduire rapidement à des niveaux raisonnables.

Or, grâce à l'évolution de la technologie, de plus en plus d'interventions spécialisées peuvent aujourd'hui être avantageusement effectuées en cabinet privé, sans hospitalisation et sans nécessiter un plateau technique aussi polyvalent, lourd et coûteux que celui qui est nécessaire en milieu hospitalier (par exemple, l'opération de cataractes, la chirurgie orthopédique, le diagnostic et le traitement du cancer, la résonance magnétique et l'imagerie médicale, etc.).

Cette situation ouvre deux types de nouvelles possibilités, qu'il est important de distinguer soit :

- un recours accru à la formule traditionnelle d'achat de services;
- le développement de nouvelles alliances basées sur des relations durables de partenariat entre le privé et le public.

Rappelons que plusieurs centres hospitaliers recourent présentement à l'achat de services auprès de cliniques privées existantes afin d'alléger les pressions sur certaines listes d'attentes (par exemple, les services d'imagerie telles la résonance magnétique, l'échographie et la tomodensitométrie). Ces cliniques fournissent des services spécialisés non exclusifs aux centres hospitaliers qui ont recours à leurs services, dans le cadre de contrats ponctuels, et elles n'assument aucune responsabilité de clientèles. Elles entretiennent donc, essentiellement, des relations de « fournisseurs à clients » avec les établissements concernés.

Afin d'alléger davantage les pressions sur le réseau, les établissements pourraient accroître, dans une certaine mesure, le recours à l'achat de services auprès des cliniques privées existantes. Le comité estime cependant qu'un pas de plus devrait être fait. Le développement de cliniques de médecins spécialistes affiliées[22] devrait être favorisé afin que certains services hospitaliers spécialisés puissent être délégués à long terme au secteur privé, à certaines conditions :

- ces cliniques fourniraient des services spécialisés structurés et durables, entièrement assurés par le gouvernement, sans aucun frais additionnel pour les malades, comme ils le sont présentement en centre hospitalier.

- seuls des services dispensés à des malades référés par le réseau public pourraient être offerts et remboursés, dans le cadre d'ententes exclusives et à long terme avec un centre hospitalier auquel ces cliniques seraient affiliées.

- le statut de clinique affiliée ne serait attribué qu'en fonction de conditions strictes, notamment : l'assurance d'une haute qualité professionnelle et technique, la complémentarité avec le réseau public, ainsi que la cohérence avec les plans d'organisation des services et des effectifs médicaux des établissements et de l'agence régionale.

- ces ententes établiraient les conditions d'un véritable engagement durable de « partenaire à partenaire ».

---

[22] Rappelons que trois commissions d'études, au cours des dernières années (Groupe Arpin, Commission Clair et Commission Mulroney-Johnson), se sont déjà prononcées en faveur de la mise en place de telles cliniques.

Dans le cadre de ces ententes, la prestation de services spécialisés dans des cliniques affiliées constituerait une évolution naturelle de l'offre de services publics. Elle permettrait de mettre à contribution des cliniques et des cabinets privés afin de réduire les délais d'attente pour les services spécialisés concernés, tout en permettant indirectement aux hôpitaux concernés d'accroître l'offre globale de leurs services spécialisés en utilisant les capacités qui seraient ainsi dégagées.

Leur implantation pourrait également favoriser une saine émulation et un contrôle efficace des coûts. Un mode de budgétisation basé sur les épisodes de soins assurerait une transparence très grande des coûts et donnerait aux autorités une base d'analyse comparative extrêmement utile. À cet effet, dans le cadre d'une révision de leurs façons de faire, les établissements publics devraient pouvoir participer aux appels d'offres pour la mise sur pied de telles cliniques selon les mêmes conditions, de façon à assurer une base de concurrence équitable pour tous.

Comme l'entrevoyait le Groupe Arpin, l'évolution de la technologie pourrait éventuellement encourager le développement de cliniques ou de cabinets privés offrant des services spécialisés de façon parallèle, non assurée et sans coordination avec le réseau public, à l'exemple du traitement de la cataracte. Le récent jugement de la Cour suprême du Canada est venu accentuer ce risque.

Le comité est d'avis que le développement de cliniques spécialisées affiliées encadrées par le secteur public, s'inscrivant dans le cadre strict qu'il propose, offrirait l'occasion de faire en sorte que le risque appréhendé du développement d'un « système à deux vitesses » soit transformé en opportunité de canaliser et d'intégrer de nouveaux intervenants aux réseaux locaux intégrés de services, de manière à renforcer la capacité du réseau public d'offrir des services de santé répondant à l'évolution des besoins de la population

Le comité recommande :

> ***Qu'une part plus importante de certains types de services hospitaliers diagnostiques ou thérapeutiques puisse être dispensée par le secteur privé en favorisant le développement de cliniques spécialisées affiliées, dans le cadre d'ententes établissant une relation durable de partenariat, au meilleur coût et dans le respect des normes de qualité établies. Ces services seraient dispensés à l'intérieur du système de santé et de services sociaux actuel et soutenus par un financement de l'État, et en coordination avec les intervenants du système public.***

5.5.3 Les cliniques communautaires coopératives de santé

Au cours des dernières années, les pénuries de médecins ont affecté, de façon inégale, l'accessibilité de la population aux services généraux de santé. Pour certaines communautés locales, le départ du dernier médecin a été ressenti de façon particulièrement difficile.

Plusieurs de ces communautés ont fait face à l'épreuve en démontrant une solidarité remarquable et en faisant preuve d'initiative et d'imagination. Par la création de cliniques communautaires coopératives de santé, elles ont réussi à intéresser des médecins à venir pratiquer chez elles et à y demeurer, assurant ainsi à leur population l'accessibilité à des services de base à proximité de leur lieu de résidence.

Ces coopératives de santé, qui sont le fruit d'un partenariat entre des professionnels de la santé autonomes, des municipalités et des citoyens, ont permis à ces communautés d'offrir à des médecins l'accès à des locaux à des prix avantageux. Elles ont également favorisé l'implication de tous les acteurs concernés dans un projet conjoint de transformation sociale (meilleure accessibilité, prise en charge, responsabilisation).

De l'avis du comité, les cliniques communautaires coopératives de santé représentent une avenue de solution qui pourrait être davantage encouragée et facilitée, afin de soutenir les efforts déployés par certaines communautés locales pour pallier aux problèmes d'accessibilité aux médecins. D'autant plus que ces coopératives de santé mettent l'accent sur la prise en charge et le suivi des clientèles dont elles ont la responsabilité, conjointement avec l'ensemble du réseau de leur région.

Le comité propose :

> *Que des mesures efficaces (fiscales, économiques ou autres) soient déployées afin de faciliter l'engagement de ressources dans la mise sur pied et le développement de cliniques coopératives de santé.*

5.6 Les donations faites à des institutions de santé et de services sociaux

La situation financière du gouvernement a été longuement décrite. Sa marge de manœuvre budgétaire est très mince et personne ne tient à renouer avec des déficits budgétaires. Toutefois, les besoins financiers, particulièrement dans le secteur de la santé et des services sociaux, sont considérables.

Il existe une façon efficace et peu coûteuse de solutionner ce qui peut sembler être la quadrature du cercle, soit faciliter à nos institutions l'accès à une source importante de financement nouveau, sans pour autant imposer un poids additionnel inacceptable à nos finances publiques. La solution : libérer les gains en capital de l'impôt restant lorsque ces gains font l'objet de dons à des organismes reconnus par le gouvernement dans le domaine de la santé.

Les gouvernements du Canada et du Québec ont déjà fait la moitié du chemin dans cette direction et l'expérience s'avère positive à tous points de vue. En 1997, le gouvernement fédéral réduisait de 50 % l'imposition de ces valeurs converties en dons. Deux ans plus tard, le gouvernement du Québec faisait de même. Il reste donc la deuxième moitié du chemin à parcourir, soit réduire l'imposition des valeurs converties en dons du 50 % d'imposition restant.

Déjà, les chiffres sont éloquents. Au Canada, entre 1997 et 2004, 1 MM$ additionnel a été transféré à différentes fondations, en transformant en dons des valeurs d'entreprises

inscrites en bourse (ce chiffre ne tient compte que des dons de 5 M$ et plus). Selon les résultats d'une étude menée par Deloitte & Touche, le nombre moyen de dons de cette nature a été multiplié par 22 entre 1996 et 1999, c'est-à-dire après l'application des nouvelles mesures fédérales. Au cours de la même période, la valeur moyenne de ces dons est passée de 13 022 $ à 251 626 $, soit 19 fois plus. La proportion que représentent ces dons dans l'ensemble des sommes recueillies est passée de 0,9 % à 11,1 %, soit 12 fois plus.

Plus de la moitié des organismes de philanthropie considère les mesures fiscales comme essentielles pour leur avenir et 71 % des grands organismes philanthropiques sont de cet avis. Bien sûr, ces données s'appliquent à l'ensemble des dons ainsi faits, incluant ceux destinés au secteur de la santé. Ainsi, ces dons additionnels ont servi à améliorer nos services d'éducation supérieure, nos soins de santé, les services de nos institutions culturelles ainsi que l'aide aux plus démunis, sans grever pour autant le budget de l'État.

À moyen et à long terme, l'État et la société tout entière sortent gagnants de telles pratiques. Les coûts additionnels résultant des mesures déjà adoptées n'ont été que de 15 M$ en 2000 pour le gouvernement fédéral et de 7,5 M$ pour l'ensemble des gouvernements provinciaux.

Selon l'étude Deloitte et Touche, dans l'hypothèse où ces dons seraient exemptés entièrement d'impôts, les sommes allouées doubleraient pour atteindre 400 M$ par année, alors que le coût total pour les gouvernements (fédéral et provinciaux) serait de moins de 45 M$. Il est évident que dans ces conditions, nos hôpitaux, nos institutions d'enseignement supérieur, nos organisations d'aide aux plus démunis et nos institutions culturelles bénéficieraient alors d'avantages considérables, à très peu de frais pour chacun des gouvernements concernés.

Le comité croit que l'élimination de l'impôt restant sur de tels dons faits à partir de valeurs mobilières appréciées entraînerait des bénéfices considérables pour la société, tout en étant parfaitement compatible avec le cadre établi par le gouvernement du Québec en matière de saine gestion des finances publiques.

Le comité propose :

Qu'un traitement fiscal incitatif des dons faits à des institutions du secteur de la santé et des services sociaux soit offert aux donateurs.

Qu'un programme de jumelage par l'État des dons consentis aux institutions du réseau de la santé et des services sociaux pour favoriser l'achat d'équipements coûteux par les institutions soit mis sur pied, en s'inspirant des programmes existants, notamment dans le domaine de la culture.

6. Mettre sur pied un Régime d'assurance contre la perte d'autonomie

6.1 Les risques liés à la perte d'autonomie et l'opportunité d'un Régime d'assurance collective

Les perspectives liées aux changements démographiques font peser des risques considérables relatifs à l'accès aux services résultant de la perte d'autonomie des personnes âgées au Québec, tant à court terme qu'à plus long terme. De plus, un grave problème d'équité intergénérationnelle se posera si le financement des services à mettre en place ne repose que sur les contribuables en mesure de payer la facture au moment où ces services seront offerts, c'est-à-dire essentiellement sur la génération montante.

Les services de soutien à domicile et les services d'hébergement et de soins de longue durée souffrent présentement de graves lacunes (accessibilité difficile et variable, manque de coordination, de continuité, de ressources disponibles, etc.).

À court terme, un rehaussement important de l'offre de ces services sera nécessaire pour répondre adéquatement aux besoins, alors que la capacité de payer du gouvernement offre peu de possibilités. Il est en effet important d'assurer un accès équitable à des services de qualité, quelle que soit la région de résidence des clientèles, et de garantir un niveau de qualité acceptable de ces services à toute personne qui en a besoin.

À long terme, la population en âge de travailler sera beaucoup moins nombreuse pour soutenir le fardeau financier supplémentaire qui découlera de l'offre de ces services. Si rien n'est fait, nous risquons de voir se développer au Québec un sérieux problème d'équité entre les générations.

Dans ce contexte, la création d'un Régime d'assurance contre la perte d'autonomie, partiellement capitalisable,[23] apparaît au comité comme l'option la plus susceptible de répondre aux besoins du Québec. Un tel Régime permettrait notamment :

- de rehausser rapidement et de façon substantielle les services liés à la perte d'autonomie et de protéger les acquis en complétant les montants que l'État continuerait à consacrer à ces services par des cotisations liées uniquement à ces services;

- de faire face à l'enjeu important d'équité intergénérationnelle que pose le vieillissement de la population, en permettant d'accumuler, dès maintenant, des réserves financières pour atténuer l'impact de ce vieillissement sur les générations futures;

- d'introduire un nouveau cadre de gestion servant de levier pour modifier les modes actuels d'organisation et de prestation des services liés à la perte d'autonomie en fonction du principe de « l'argent suit le client » et de la séparation des rôles d'acheteur et de fournisseurs de services, dans l'optique d'une meilleure efficience.

[23] À l'instar du Régime des rentes du Québec (RRQ), les cotisations du Régime seraient dès le départ fixées de façon à ce qu'une partie finance les services courants, alors qu'une autre partie servirait à constituer une réserve capitalisée équivalente à X fois (ex. : 4 fois) les dépenses courantes du régime pour une année de référence donnée (ex. : année 2050-2051).

6.2 Préparer l'avenir pour toutes les générations : soutenir les jeunes vulnérables aujourd'hui

On oublie, trop souvent, que le vieillissement de la population, ce n'est pas seulement l'augmentation de la proportion des personnes âgées : c'est aussi la diminution de celle des jeunes (incluant les enfants, les adolescents et les jeunes adultes). Si les besoins des personnes âgées sont en croissance, il en va tout autant des besoins des jeunes qui, à brève échéance, devront être en santé et bien outillés pour prendre le relais. Or, bien que la plupart des jeunes réussissent à se développer harmonieusement, une minorité croissante éprouve de graves difficultés qui compromettent sérieusement leur avenir.

Nous pouvons difficilement affirmer que la situation s'est améliorée au Québec au cours des dernières années, qu'il s'agisse de jeunes subissant les effets de la pauvreté ou de la malnutrition, de décrocheurs, d'itinérants, de jeunes souffrant de dépendances ou de problématiques de comportement pouvant aller jusqu'au suicide.

Nous n'avons d'autres choix que d'améliorer nos performances à tous égards afin de créer plus de richesses pour pouvoir soutenir le niveau de services que nous nous sommes donné. Cependant, les problèmes liés à la pauvreté ou aux faibles niveaux de revenus font en sorte que plus de 40 % des contribuables québécois ne paient pas d'impôt sur le revenu et que cette proportion s'accroît année après année. Ces jeunes qui sont laissés en marge de la société interpellent non seulement la génération des décideurs d'aujourd'hui, mais aussi la génération des jeunes adultes actifs dans leurs milieux de vie. Si ces jeunes en difficulté ne sont pas récupérés au cours des prochaines années, ils ajouteront un poids au fardeau déjà très lourd que la génération montante devra assumer demain.

Par souci d'équité intergénérationnelle, le gouvernement devra mettre en place des mesures beaucoup plus robustes, cohérentes et soutenues pour infléchir le taux de pauvreté qui demeure trop élevé au Québec et atténuer le phénomène de marginalisation qui draine des forces vives dont nous aurions pourtant bien grand besoin. Nous n'avons d'autre choix, en tant que société, que de réduire notre taux de pauvreté et de dépendance afin que tous participent à l'effort collectif nécessaire pour assurer le maintien de nos acquis.

Des études démontrent qu'en agissant tôt, de façon préventive, et suffisamment intensive, il est possible de contrer, en bonne partie, ces tendances qui ont non seulement des conséquences humaines désastreuses, mais qui pourraient entraîner des coûts additionnels considérables pour la société à moyen et à long terme (dépendance sociale, grande consommation de services sociaux et de santé, pertes de potentiel économique, etc.).

De l'avis du comité, il faut préparer l'avenir pour toutes les générations. C'est pourquoi le comité estime qu'une partie des entrées de fonds annuelles du Régime d'assurance contre la perte d'autonomie proposé devrait être allouée à des programmes destinés aux jeunes vulnérables et à leur famille, dans un esprit à la fois d'équité et de solidarité intergénérationnelles.

6.3 La nature, le financement et les objectifs du régime

Le Régime d'assurance contre la perte d'autonomie serait un nouveau régime distinct[24] de celui de l'assurance maladie et de l'assurance hospitalisation. Il agirait au titre de « tiers payeur » pour un ensemble de services de base liés à la perte d'autonomie. La mission du Régime serait de répondre plus adéquatement aux besoins actuels des personnes en perte importante d'autonomie et de faire face à leur croissance à long terme.

Le Régime serait doté au départ de la totalité des crédits budgétaires consacrés annuellement par le gouvernement aux services couverts, soit environ 2,5 MM$ actuellement (ce montant serait ajusté annuellement en fonction de l'évolution de la richesse collective). Il serait également financé par des cotisations obligatoires de tous les contribuables et par les revenus d'intérêts accumulés. Enfin, le gouvernement fédéral serait appelé à y participer. Le Régime serait partiellement capitalisé de manière à accumuler une réserve financière permettant d'atténuer à long terme les impacts découlant du vieillissement de la population.

Le Régime aurait pour objectif prioritaire de renforcer l'autonomie résiduelle de la personne et de soutenir ses efforts, plutôt que de laisser agir l'accélération de la dépendance résultant de la perte d'autonomie. Il ne viserait pas à se substituer à l'aide des proches. Il ne reconnaîtrait pas tous les besoins des personnes en perte d'autonomie, mais uniquement les besoins évalués au-delà de certains seuils prédéterminés qui pourraient être plus ou moins élevés et établis en fonction de niveaux de dépendance.

6.4 Un nouveau cadre de gestion accordant un rôle central aux CSSS

À titre de tiers payeur, le nouveau Régime profiterait de la refonte du financement des services liés à la perte d'autonomie pour implanter un nouveau cadre de gestion basé sur des relations contractuelles et sur l'achat de services, et non plus sur des relations hiérarchiques et des budgets préétablis, comme c'est le cas actuellement.

En vertu de ce nouveau cadre, la gestion opérationnelle du Régime serait déléguée aux centres de santé et de services sociaux sous forme de contrats de gestion. Ceux-ci se verraient confier trois rôles essentiels :

- l'accueil et l'évaluation des besoins;
- la coordination et le suivi des cas;
- la prestation des services.

À la suite de l'évaluation des besoins, la coordination des interventions serait prise en charge par un gestionnaire de cas (intervenant pivot) qui relèverait du CSSS.

Ce nouveau cadre de gestion permettrait l'intégration des services assurés en perte d'autonomie en fonction du principe de « l'argent suit le client ». De plus, en distinguant les fonctions d'acheteur et de fournisseur de services, il permettrait de faire appel aux

[24] Plusieurs pays, dont l'Autriche (1993), l'Allemagne (1995) et le Japon (2000), ont mis en place un régime distinct d'assurance contre la perte d'autonomie au cours de la décennie 90. Ces régimes, cependant, ne sont pas capitalisés.

fournisseurs (publics et privés incluant les entreprises d'économie sociale) offrant les meilleures garanties de délais, d'efficience et d'efficacité.

6.5 Les services assurés et les bénéficiaires admissibles

La gestion de l'admissibilité aux prestations du Régime d'assurance contre la perte d'autonomie s'appuierait sur le système québécois de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), un outil rigoureux permettant d'assurer le partage d'une information standardisée sur l'évaluation des besoins, allant des services à domicile à l'hébergement en établissement. Les seuils opérationnels d'admissibilité seraient définis de manière à exclure les besoins de services « postopératoires » et de s'approcher le plus possible de la notion « d'incapacité permanente ».

Le Régime couvrirait les services liés à la perte d'autonomie dispensés dans les CHSLD ainsi que les services de soutien à domicile, selon des conditions à définir : soins infirmiers, services d'aide à la vie quotidienne, services spécialisés telle la réadaptation, etc.

Les personnes admissibles auraient la liberté d'obtenir les prestations prévues soit en nature, soit en espèces, et dans cette dernière éventualité, de choisir elles-mêmes leur fournisseur (incluant des aidants naturels). Cependant, cette liberté de choix devrait s'inscrire dans le cadre de plans de soins individualisés établis et faisant l'objet d'un suivi rigoureux par le réseau. Elle s'appliquerait de façon différente selon qu'il s'agisse de services d'hébergement ou de soutien à domicile.

6.6 La structure et les modalités des contributions financières

Lors de son instauration, des cotisations différenciées selon des catégories d'âge d'entrée dans le Régime seraient applicables.

Les assurés appartenant aux groupes d'âge actuellement plus avancés, qui sont susceptibles d'utiliser les services assurés plus rapidement et de contribuer moins longtemps au Régime (principalement les baby-boomers), devraient ainsi verser des cotisations plus élevées que celles demandées aux plus jeunes.

Les cotisations devraient également tenir compte des niveaux de revenus afin d'assurer un partage équitable du fardeau entre les assurés nantis et ceux qui sont moins bien nantis.

Sous réserve des ajustements réguliers, - des indexations annuelles par exemple - , la prime serait payable la vie durant et ne changerait pas lors de l'entrée de l'assuré dans les catégories d'âge plus élevées.

Enfin, l'implantation du Régime maintiendrait les politiques actuelles de contribution, par exemple la contribution des adultes hébergés.

6.6.1 Hypothèses de simulation de cotisation au Régime

Un exercice de simulation avait déjà été mené en 2002, à partir de projections pour l'année 2002-2003 afin d'établir un ordre de grandeur quant au niveau de cotisations requis pour financer un éventuel Régime d'assurance contre la perte d'autonomie. Dans le cadre de cet exercice, les niveaux de cotisation ont été projetés strictement à des fins de référence et non en vue d'établir une grille de tarification.

Les hypothèses sont fondées sur deux bases :

- par contribuable imposable (3,1 millions de contribuables paient de l'impôt sur leurs revenus);
- par personne âgée de 20 ans ou plus (5,1 millions de personnes en âge de travailler ou retraitées sont susceptibles de bénéficier éventuellement du Régime).

Ces hypothèses ont été évaluées notamment en fonction de deux scénarios de référence pour le financement :

- « Capitalisation au PIB nominal » : Les cotisations seraient dès le départ fixées, de façon à pouvoir constituer une réserve capitalisée équivalente à quatre fois les dépenses courantes pour l'année 2050-2051, année où les besoins découlant du vieillissement de la population auront atteint leur point culminant, soit au terme d'un horizon de planification financière de 50 ans ;
- « Pay as you go » (pour fins de comparaison : contributions implicites supposant le maintien du financement actuel par répartition) ou, vu autrement, « Tax as you go ».

6.6.2 Résultat des simulations

Les contributions nécessaires au financement du nouveau Régime seraient beaucoup moins élevées si elles étaient appliquées sur la base de l'ensemble des personnes âgées de 20 ans ou plus que sur celle, plus restreinte, des contribuables imposables.

Dans l'hypothèse du maintien de la formule actuelle de financement par répartition, la croissance des coûts liés aux services couverts par le Régime impliquerait une hausse de la cotisation de 35 $ par contribuable imposable en 2002-2003 à 1 378 $, en 2050-2051, en dollars constants. Les jeunes générations actuelles devraient en conséquence assumer un lourd fardeau financier.

TABLEAU 1
SCÉNARIOS DE SIMULATION DE COTISATIONS À LA CAISSE D'ASSURANCE CONTRE LA PERTE D'AUTONOMIE[25]
(en dollars de 2001)

SCÉNARIO DE FINANCEMENT	Contributions par contribuable imposable	Contributions par personne âgée de 20 ans ou plus
1) « Pay as you go » (statu quo)		
- en 2002-2003	35 $	20 $
- en 2050-2051	1 378 $	853 $
2) Capitalisation au PIB nominal (4 fois les dépenses 2050)		
- en 2002-2003	396 $	227 $
- en 2050-2051	548 $	339 $

Par contre, l'hypothèse de la création d'une caisse partiellement capitalisée au PIB nominal aurait impliqué, en 2002-2003, une cotisation moyenne de 396 $ par contribuable imposable. À terme, l'évolution du fardeau des jeunes générations serait considérablement allégée, augmentant à 548 $ en 2050-2051.

Il est très important de rappeler que ces simulations étaient préliminaires et ne visaient qu'à représenter un ordre de grandeur des cotisations moyennes qui pourraient être exigibles. Il faut souligner également que des travaux plus approfondis demeurent nécessaires afin d'obtenir un aperçu plus précis de la situation.

6.7 Un Régime d'assurance permettant de mutualiser les risques de façon plus équitable que les alternatives envisageables

Il est clair que les cotisations au nouveau Régime représenteraient pour les citoyens des prélèvements additionnels sur leur revenu disponible par rapport à la situation présente, ce que personne ne souhaite. De ce fait, plusieurs pourraient rapidement tirer la conclusion qu'elles constituent un impôt ou une taxe « déguisée ». Ce serait là une conclusion facile, mais erronée.

La question qui se pose, en effet, n'est pas de savoir si nous devrons ou non payer davantage. Car une chose est certaine : c'est que tous les citoyens devront, de toute façon, payer les coûts supplémentaires liés au vieillissement de la population. Dans ce contexte, la question est d'adopter la façon la plus équitable et la plus efficace de le faire.

La création d'un Régime d'assurance contre la perte d'autonomie partiellement capitalisable, comme celui suggéré par le comité, serait de beaucoup préférable à l'alternative de l'assurance privée. Dans une perspective d'assurance sociale, ce Régime permettrait à tous les citoyens et à leur famille l'accès — dans toutes les régions — à la même gamme de services couverts. Aucune sélection ne serait faite sur une base individuelle et les cotisations seraient indépendantes de l'état de santé des assurés.

[25] Basé sur un scénario de croissance des dépenses qui inclut l'hypothèse des gains d'efficacité de 20 % sur l'ensemble de la période de 50 ans (sauf 10 % pendant les dix premières années) ainsi que l'hypothèse d'une mise à niveau des dépenses de 420 M$ étalée sur 5 ans.

Par ailleurs, les cotisations demandées dans le cadre du Régime se démarqueraient d'un impôt ou d'une taxe puisqu'elles seraient vouées exclusivement aux services assurés contre la perte d'autonomie et ne pourraient être utilisées à d'autres fins. Elles permettraient également de répartir le fardeau additionnel du financement des services liés à la perte d'autonomie de façon équitable entre la génération actuelle des baby-boomers et les jeunes générations et ce, tout en tenant compte de leur capacité de payer. Étant de plus partiellement capitalisées, ces cotisations contribueraient à réduire considérablement les impacts financiers futurs du vieillissement de la population et à éviter de transférer une facture disproportionnés aux générations futures.

Pour ces raisons, la création d'un Régime d'assurance contre la perte d'autonomie partiellement capitalisable constituerait, de l'avis du comité, l'option qui permettrait de mutualiser les risques de la façon la plus efficace, la plus efficiente et la plus équitable.

Il est important de noter que plusieurs des services qui seront requis dans un proche avenir restent encore à développer, à mettre en place et à dispenser aux clientèles visées. Il est donc faux de prétendre que les contribuables actuels auraient déjà payé pour ces services et, en conséquence, qu'ils n'ont pas à le faire une nouvelle fois. Il s'agit là d'une fausse perception reliée au fait qu'on oublie facilement que le nombre de personnes âgées doublera, pour ainsi dire, au cours des 25 prochaines années.

Enfin, ces cotisations permettraient, dans le cadre d'un fonds distinct, de rendre plus transparents les enjeux et les arbitrages requis dans le domaine des services liés à la perte d'autonomie.

Le comité recommande :

Que les modalités d'un Régime d'assurance pour assurer le financement des services dispensés aux personnes en perte d'autonomie et intégrés au système de services de santé et de services sociaux soient établies par l'État. Un tel programme pourrait être géré par la Régie des rentes du Québec et sa réserve placée sous la responsabilité de la Caisse de dépôt et placement du Québec. Ce système, capitalisé en partie, serait financé de façon à respecter la capacité de payer des contribuables, dans le respect des impératifs d'équité entre les différentes catégories de revenus et l'équité entre les individus et les employeurs.

Qu'une partie des fonds recueillis annuellement serve au financement de programmes de prévention, particulièrement auprès des jeunes.

7. Créer un compte santé et services sociaux

Présentement, les crédits budgétaires alloués au secteur de la santé et des services sociaux émargent entièrement au Fonds consolidé du gouvernement (incluant le « Fonds des services de santé »[26]). En d'autres termes, ils sont alloués à partir des revenus généraux du gouvernement. Dans la mesure où ils proviennent d'un seul fonds général, il n'existe aucun lien systématique entre l'ensemble des dépenses du secteur sociosanitaire et l'ensemble des revenus liés à leur financement. Cette absence de liens entraîne des conséquences importantes.

En n'établissant pas aux yeux de tous la « vérité des coûts », ainsi que les liens entre les dépenses du secteur de la santé et des services sociaux et leurs sources de financement, le cadre actuel de financement rend difficiles la sensibilisation de la population aux enjeux urgents auxquels fait face le système de santé et de services sociaux et les arbitrages que doit faire le gouvernement pour en assurer la survie. Comme les dépenses de santé croissent plus vite que les revenus gouvernementaux, ces arbitrages difficiles doivent être faits à chaque année au moment de la préparation du budget, le financement des autres secteurs devant être limité pour répondre à la croissance des besoins du secteur de la santé et des services sociaux.

La population est peu informée des pressions que le secteur de la santé et des services sociaux exerce sur les finances publiques puisque la grande majorité des soins sont gratuits. Il y aurait pourtant avantage à ce que le grand public soit plus conscient des difficultés concernant les coûts et le financement du système de santé. Cela permettrait non seulement de responsabiliser la population face à ces coûts, mais aussi de lui garantir qu'elle en a pour son argent et que tout est mis en œuvre pour rendre le système efficace.

C'est pourquoi le comité s'est employé à faire de nombreuses recommandations pour favoriser une plus grande efficience du secteur. Malgré cela, il ne faut pas exclure la possibilité que les propositions faites ne s'avèrent pas suffisantes pour limiter la croissance des dépenses à un rythme correspondant à celui du PIB. Si le gouvernement devait en arriver à recourir à divers moyens pour obtenir des revenus additionnels, il serait alors important qu'il puisse faire la démonstration que ces nouveaux revenus seraient dédiés spécifiquement et exclusivement à la santé.

À cet effet, le comité préconise la mise en place d'un « compte santé et services sociaux » qui permette de fournir des informations comparables à celles apparaissant dans le tableau présenté à la fin de ce chapitre. Un tel compte permettrait aux parlementaires et à la population d'identifier plus facilement les dépenses réelles affectées au secteur de la santé et des services sociaux et de connaître leur mode de financement. Dans l'éventualité où des revenus additionnels devraient être dédiés à la santé, ce compte permettrait aussi de garantir à la population que ces revenus additionnels sont bel et bien affectés au secteur de la santé.

L'approche proposée n'implique aucun changement aux lois, à la comptabilité gouvernementale et aux contrôles qu'exercent actuellement les parlementaires sur le budget de dépenses.

---

[26] Ce fonds est constitué des contributions des employeurs au financement de la santé, sous la forme d'une taxe sur la masse salariale.

En plus de rendre plus transparentes les informations sur les dépenses du secteur et sur ses sources de financement, ce « compte santé et services sociaux » permettrait d'atteindre trois grands objectifs :

- sensibiliser la population à l'évolution des dépenses du secteur, aux pressions structurelles qui s'exercent sur le système et aux enjeux qui le confrontent;

- mettre en lumière les contributions respectives du gouvernement du Québec et du gouvernement fédéral;

- servir d'outil crédible pour rendre compte annuellement à la population du Québec de la gestion et du financement du système de santé et de services sociaux.

Les informations rendues disponibles dans le cadre du compte santé et services sociaux pourraient également servir à faciliter la reddition de comptes devant les parlementaires. Le comité est d'avis qu'il serait souhaitable qu'une commission parlementaire soit convoquée annuellement pour discuter :

- de l'évolution des ressources et des sources de revenus affectées au financement du système public;

- des prévisions annuelles et pluriannuelles de revenus et de dépenses pour permettre une planification à moyen terme et pour identifier les défis que soulève le financement du système;

- de la contribution du gouvernement fédéral au système public de santé.

En plus d'être le lieu privilégié pour assurer l'imputabilité et la reddition de comptes du secteur, tant sur le plan du financement que de l'organisation et de la prestation des services de santé et des services sociaux, cette commission permettrait de débattre publiquement des enjeux et des choix à faire dans le secteur. Afin de fournir les éclairages nécessaires à la prise de décisions, un rapport sur le financement et la performance globale du système de santé et de services sociaux pourrait être produit et servir de pièce maîtresse lors des échanges et des discussions qui s'y tiendront.

Le comité recommande :

> ***Qu'un « compte santé et services sociaux » soit créé, à l'intérieur du Fonds consolidé, afin de rétablir les liens existant entre l'ensemble des dépenses en santé et services sociaux et les différentes sources de revenus associées à leur financement et de garantir à la population que la contribution des employeurs au « Fonds des services de santé » et le prélèvement de tout revenu additionnel servent effectivement à financer les dépenses de santé et de services sociaux.***

Qu'une commission parlementaire annuelle sur le financement des dépenses de santé et de services sociaux soit convoquée afin de rendre transparente la reddition de comptes.

Compte Santé-Services sociaux

Montants provisoires 2005-2006 (en millions de dollars)

- à titre illustratif -

DÉPENSES

Financement du réseau des établissements		**13 400**
(Réseaux locaux : 6 907 M$; CHSGS : 4 082 M$; CAR : 909 M$; CPEJ 865 M$; CHSLD : 637M$)		
Allocations particulières au secteur		**1 924**
dont :		
-Organismes communautaires	321	
-Produits sanguins	280	
-Services pré hospitaliers d'urgence	279	
-Ressources de type familial	221	
-Rémunération des internes et résidents	116	
-Services hospitaliers hors-Québec	109	
Service de la dette		**560**
Services médicaux		**3 237**
-Omnipraticiens		1 334
-Spécialistes		1 903
Assurance médicaments		**3 134**
-Aînés		1 830
-Adhérents		716
-Prestataires d'assurance emploi		588
Autres programmes de la RAMQ		**254**
dont :		
-Prothèses et orthèses	119	
-Services dentaires	91	
Régimes de retraite		**589**
Administration		**267**
TOTAL DES DÉPENSES		**23 365**

REVENUS

Contribution des usagers, de la tierce responsabilité et autres			**2 394**
dont :			
- Contribution des bénéficiaires au régime d'assurance médicaments	1 277	(1)	
- Contribution reliée à l'hébergement	638		
- Ventes de services	132		
- Suppléments de chambres privées et semi-privées	87		
Revenus provenant d'autres organismes			**109**
- Contribution de Loto Québec pour les joueurs pathologiques et les PAP	47		
- Paiement de la CSST à la RAMQ pour les accidentés du travail	62		
Budget de dépenses du ministère de la Santé et des services sociaux			**20 862**
- Cotisations au Fonds des services de santé	5 131		
- Transferts financiers fédéraux	4 860	(2)	
- Contribution de la SAAQ pour les accidentés de la route (versée au Fonds consolidé)	90		
- Autre contribution du fonds consolidé du revenu	10 781		
TOTAL REVENUS			**23 365**

(1) Contributions reliées à la consommation : 612 M$; primes : 665 M$.

(2) Incluant les revenus prévus au Budget 2005-2006 et un estimé du montant de l'abattement spécial du Québec.

Sources : MSSS

8. Envisager d'autres sources de revenus

Les fruits escomptés de certaines recommandations formulées par le comité ne se matérialiseront vraisemblablement qu'après un certain temps. C'est le cas notamment de la plupart des mesures visant à améliorer l'efficience et l'efficacité du système de santé et de services sociaux. Pourtant, le manque à pourvoir découlant de l'écart entre les revenus projetés, d'une part, et les dépenses prévues, d'autre part, est bien réel et son effet se fait déjà sentir, comme nous l'avons vu en détail dans les chapitres précédents. Si rien n'est fait pour corriger la situation, cet écart ira en s'accroissant au cours des années qui viennent.

Dans ce contexte, il s'impose de mettre en place rapidement des mesures qui permettront de combler cet écart, à tout le moins jusqu'au moment où des mesures plus structurantes fourniront les résultats escomptés. Le comité croit qu'il appartient au gouvernement de choisir et de mettre en place les mesures qu'il jugera les plus appropriées pour faire face à la situation.

Dans cette recherche de sources additionnelles de financement, le comité a étudié plusieurs avenues afin de dégager les possibilités réalistes qui s'offrent dans ce domaine et d'en cerner le rendement éventuel, tout en prenant en compte les limites de chacune de ces avenues. Ces sources potentielles de revenus additionnels sont réparties en quatre grands groupes :

- l'impôt des particuliers;
- l'impôt des sociétés;
- les taxes à la consommation;
- la vente d'actifs.

Nous avons examiné le rendement potentiel, les avantages et les désavantages qu'offe chacune de ces sources de revenus.

8.1 Impôt des particuliers

8.1.1 Impôt sur le revenu des particuliers

Chaque point de pourcentage d'une surtaxe sur l'impôt à payer par les particuliers générerait 170 M$ de revenus.

Cette avenue offrirait certains avantages. Par exemple, cette mesure pourrait être qualifiée de progressive parce que les contribuables à revenus élevés contribueraient davantage, alors que les plus démunis seraient exemptés de cet effort additionnel.

Par contre, cette avenue comporterait des désavantages importants. Par exemple, elle augmenterait le fardeau fiscal des contribuables québécois, déjà le deuxième plus lourd au Canada. Plusieurs experts attribuent au fardeau fiscal québécois les difficultés qu'éprouve le Québec à attirer les travailleurs spécialisés étrangers dont il a besoin et contribue, dans une certaine mesure, à inciter les jeunes diplômés québécois les plus mobiles à considérer avec intérêt les offres d'employeurs étrangers. Nous avons déjà vu à quel point le Québec aura besoin de toutes ses ressources pour relever le défi que

posera très bientôt son évolution démographique. De plus, une augmentation de l'impôt des particuliers risquerait de diminuer l'incitation au travail et d'augmenter le travail au noir.

8.1.2 Prime santé

Dans l'hypothèse où une prime santé était payée uniformément par les 3,3 millions de contribuables qui paient de l'impôt au Québec, chaque tranche de 100 $ de prime santé engendrerait 330 M$ de revenus.

Une telle prime existe maintenant en Alberta, en Colombie-Britannique et en Ontario. Parmi les avantages qui en découlent, une prime santé permet de lever des fonds importants. Une telle prime présente aussi l'avantage de permettre d'associer clairement le financement additionnel aux soins de santé. De plus, il est possible de moduler cette prime en fonction des revenus, de façon à protéger ainsi les plus démunis.

Par contre, l'instauration d'une prime santé équivaudrait à une hausse de l'impôt sur le revenu et comporterait donc les mêmes inconvénients que ceux évoqués au point précédent.

8.2 Impôt des sociétés

Une hausse d'un point de pourcentage du taux d'imposition sur les bénéfices des sociétés rapporterait 250 M$. Une hausse de 0,1 point de pourcentage de la taxe sur le capital générerait des revenus de 260 M$ et une hausse de 0,1 point de pourcentage des cotisations au Fonds des services de santé augmenterait les revenus de 125 M$.

Il s'agit d'une source potentielle de revenus additionnels qui générerait des retombées importantes.

Par contre, il est largement reconnu qu'une hausse des charges fiscales des entreprises nuit à la compétitivité de l'économie qui éprouve déjà certaines difficultés à maintenir ses positions par rapport aux économies des juridictions environnantes (PIB par habitant, niveau de vie, taux de productivité, etc.). Par ailleurs, les taxes sur la masse salariale comptent parmi les plus nuisibles pour le développement économique, notamment pour la création d'emplois, entre autres parce qu'elles frappent même les entreprises qui éprouvent des difficultés. Quant à la taxe sur le capital, elle constitue ni plus ni moins qu'une taxe sur l'investissement. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles le gouvernement du Québec s'est déjà engagé à l'éliminer progressivement.

8.3 Taxes à la consommation

8.3.1 TVQ

Une hausse d'un point de pourcentage de la TVQ rapporterait 1 MM$. Il s'agit donc d'une source de revenus importante.

Une augmentation de cette taxe ne pénaliserait pas nos exportations puisque celles-ci en sont exemptées. Il s'agirait donc d'une augmentation de taxe qui s'avérerait moins dommageable pour l'ensemble de notre économie. D'autant plus qu'un emploi sur trois au Québec est lié aux exportations. De plus, les effets d'une hausse de la TVQ sur les entreprises seraient limités par les crédits de taxes sur les intrants. Pour les particuliers, il serait possible de compenser les plus démunis au moyen, par exemple, de crédits d'impôt appropriés.

Par contre, le Québec affiche déjà le deuxième taux combiné de taxe de vente le plus élevé au Canada. Une hausse de cette taxe pourrait inciter les consommateurs des régions frontalières à augmenter la quantité des achats qu'ils effectuent à l'extérieur du Québec.

8.3.2 Taxe sur les carburants

Une hausse de la taxe sur les carburants de 1 cent le litre rapporterait 110 M$.

Toutefois, le Québec est déjà parmi les provinces qui imposent le taux de taxation le plus élevé sur ces produits. Une nouvelle majoration de ces taxes risquerait d'entraîner un effet négatif important sur l'ensemble de l'économie du Québec.

8.3.3 Taxe sur le tabac

Une hausse d'un dollar par cartouche de cigarettes de la taxe sur le tabac rapporterait des revenus de 25 M$.

Une hausse de cette taxe présenterait l'avantage d'offrir un lien direct avec des habitudes de vie néfastes pour la santé.

Toutefois, malgré le fait que le Québec affiche le niveau le plus bas de taxation sur le tabac au Canada, le problème de la contrebande y est en croissance. Une hausse de cette taxe risquerait d'aggraver ce problème.

8.3.4 Taxe sur les boissons alcoolisées

Une hausse de 10 cents le litre de la taxe sur la bière, le vin et les spiritueux procurerait des revenus additionnels de 60 M$.

Par contre, le Québec est déjà parmi les provinces qui imposent les taux les plus élevés de taxation sur ces produits.

8.3.5 Loto-Québec et SAQ

Une augmentation d'un point de pourcentage des bénéfices de Loto-Québec et de la SAQ entraînerait une hausse des revenus du gouvernement du Québec de 20 M$.

Cette avenue présente l'avantage de ne pas avoir d'impact sur le fardeau fiscal des contribuables.

Toutefois, la demande des produits commercialisés est sensible au prix dans le cas de la SAQ et à l'espérance de gains dans le cas de Loto-Québec. Ce qui fait que le rendement attendu ne peut s'accroître indéfiniment. Dans le cas de Loto-Québec, la population pourrait être réfractaire à de nouvelles approches visant à accroître le goût du jeu.

8.3.6 Taxe sur la « malbouffe »

L'appui à une telle solution pourrait être significatif au sein de la population, compte tenu de l'effet négatif de certains aliments sur la santé lorsque consommés en grande quantité.

Par contre, le concept de « malbouffe » est arbitraire et difficile à cerner. De plus, une telle solution comporte un risque élevé d'affecter davantage les plus démunis. Par ailleurs, dans l'hypothèse où l'application d'une telle taxe serait restreinte à des aliments de toute évidence dommageables pour la santé, son rendement serait considérablement réduit.

8.4 Vente d'actifs

Le gouvernement du Québec pourrait vendre certains actifs, par exemple, des immeubles appartenant à la Société immobilière du Québec (SIQ) ou une partie du capital-actions de certaines sociétés d'État (Hydro-Québec, SAQ, Loto-Québec, etc.) afin de diminuer sa dette et générer ainsi des économies récurrentes au chapitre du service de la dette.

Dans le meilleur des scénarios, le gouvernement pourrait réaliser environ 1 MM$ de la vente d'actifs appartenant à la SIQ et réduire sa dette d'autant.

Toutefois, le gouvernement pourrait encourir un coût de loyer plus élevé. De plus, la vente de capital-actions de sociétés d'État aurait pour effet de grever les revenus futurs du Fonds consolidé.

8.5 Droits d'immatriculation et permis de conduire

Une hausse de dix dollars par année des droits d'immatriculation et du permis de conduire générerait des revenus de 90 M$.

Par contre, si des hausses devaient être appliquées dans ce domaine, il serait probablement plus approprié d'en appliquer le produit au secteur du transport en commun, de l'entretien routier et du developpement du réseau.

8.6 Le choix optimal

Cette analyse amène le comité à conclure que pour des motifs de rendement, d'équité et de compétitivité de l'économie du Québec, la voie des taxes à la consommation serait la plus appropriée dans l'hypothèse où le recours à des sources additionnelles de revenus, dont le fruit serait dédié à la santé et aux services sociaux s'avérait nécessaire.

À cet effet, le comité souligne notamment que les avantages d'une hausse de la taxe de vente du Québec (TVQ) compenseraient amplement ses désavantages.

Ces désavantages, rappelons-le, seraient, d'une part, le risque que les résidents de régions frontalières cherchent à éviter en partie cette taxe en effectuant davantage d'achats à l'extérieur de la province. Cette taxe risquerait également d'affecter les plus démunis, ce qu'il serait possible d'éviter en compensant ces personnes, par exemple par des crédits d'impôts appropriés.

Par ailleurs, cette avenue présente plusieurs avantages importants.

D'abord, - et il s'agit là d'une préoccupation majeure du comité - , le recours à la TVQ favoriserait l'équité intergénérationnelle en évitant de concentrer les contributions additionnelles sur les jeunes, qui représentent une proportion importante de la population active. Les baby-boomers, souvent plus nantis que les plus jeunes, ainsi que les aînés, seraient ainsi appelés à apporter une contribution relativement plus importante que les jeunes avec une augmentation de la TVQ plutôt qu'une hausse de l'impôt sur le revenu. Le recours à une hausse de l'impôt sur le revenu entraînerait l'impact inverse, ce que rejette le comité.

Par ailleurs, la TVQ s'avère, dans les faits, plus progressive que certains ne le prétendent. Outre le fait que certains produits de base, tels les aliments et les loyers qui accaparent une partie importante des revenus des moins nantis ne sont pas assujettis à cette taxe, les dépenses de consommation augmentent avec la richesse des contribuables, donc sont directement fonction de leur capacité de payer. En d'autres termes, un contribuable qui dépense 100 000 $ par année paye plus de TVQ que celui qui en dépense 30 000 $.

Enfin, une hausse de la TVQ serait moins dommageable pour la croissance de l'économie que d'autres formes de taxes et d'impôts. Elle ne ralentirait pas la croissance des exportations et, contrairement à une augmentation de l'impôt sur le revenu, elle n'accentuerait pas les difficultés d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre spécialisée.

Le comité recommande :

> ***Que l'avenue des taxes à la consommation soit favorisée, dans l'hypothèse où des revenus additionnels s'avéraient nécessaires à court terme pour assurer la pérennité de notre système de santé et de services sociaux, au-delà du fruit des autres recommandations contenues dans ce rapport. Dans cette hypothèse, le comité favorise nettement le recours à une hausse de la TVQ.***

Conclusion

Le système de santé et de services sociaux est un acquis social que les Québécoises et les Québécois se sont donné il y a maintenant 35 ans. Ce fleuron, dont nous sommes fiers à juste titre, est aujourd'hui à la croisée des chemins. Le Québec ne fait pas cavalier seul à cet égard. Tous les pays industrialisés font face à des défis importants concernant le financement de leur système de santé et de services sociaux.

Une des particularités du Québec, c'est de devoir faire face en même temps à un vieillissement très rapide de sa population. Le gouvernement doit prendre des décisions importantes, cruciales même, pour assurer l'avenir de son système de santé et de services sociaux. Sans être alarmiste, force est de constater que le temps presse. Il y a bel et bien péril en la demeure.

Récemment, au moment même où le comité mettait la dernière main à ses travaux, la Cour suprême rendait un important jugement qui ouvre la porte à l'assurance privée dans le secteur de la santé. Ce débat fondamental, porté devant la plus haute cour du pays découle des difficultés qu'éprouve le système de santé et de services sociaux à répondre efficacement à une demande croissante. Or, les pressions déjà difficiles à soutenir aujourd'hui augmenteront encore au cours des prochaines années avec le vieillissement d'une importante cohorte de personnes. La société a changé au fil des ans et le système doit s'adapter aux nouvelles réalités. Soyons clairs. Si rien n'est fait, si aucune mesure n'est prise rapidement pour corriger la trajectoire actuelle, le système se dirige tout droit vers l'impasse.

Cette récente décision de la Cour suprême fournit au gouvernement l'occasion, d'une part, de réitérer son choix fondamental à l'égard du financement public du système de santé. De ce côté, aucune marge de manœuvre n'est possible. C'est le fondement même du système que les Québécoises et les Québécois se sont donné. D'autre part, le gouvernement doit aussi saisir l'occasion de baliser l'importance que peut prendre le secteur privé dans la prestation des services de santé et de services sociaux, les paramètres qui doivent encadrer ces services, et les secteurs où l'entreprise privée pourra exercer ses activités. Dans sa réflexion à cet égard, le gouvernement ne peut ignorer le fait que les pays qui sont dotés des systèmes les plus performants et qui, souvent, dépensent moins que nous pour le secteur de la santé, ont su faire une place significative et bien encadrée au secteur privé.

Si le comité prend résolument parti pour le maintien du financement public du système, il n'en est pas moins convaincu que le gouvernement doit prendre immédiatement des décisions importantes et stratégiques pour en assurer la pérennité. Il doit aussi s'obliger à respecter l'équité intergénérationnelle. À défaut de quoi, le système dont nous sommes si fiers risque de s'effriter rapidement. En effet, les Québécoises et les Québécois n'accepteront pas de demi-mesures, comme un accès limité aux services, des listes d'attente qui s'allongent indûment, un soutien déficient en cas d'incapacité ou de perte d'autonomie, etc. Le système public a, plus que jamais, une obligation de performance. Mais pour être performant, diverses conditions doivent être remplies. Le rapport indique celles que le comité juge prioritaires.

La première de ces conditions, c'est que le système dispose d'un financement adéquat. Or, la marge de manœuvre du gouvernement est déjà limitée. Pendant ce temps, le

rythme de croissance des dépenses de santé et des services sociaux suit une lourde tendance à la hausse et gruge une part de plus en plus importante du budget de l'État.

L'État ne peut se permettre d'investir toujours davantage dans les services de santé et les services sociaux au détriment des autres secteurs essentiels à son développement social et économique. Il doit maintenir un sain équilibre dans le financement de ses diverses missions et se réserver un minimum de marge de manœuvre.

Il faut donc trouver une solution durable au problème de financement du système de santé et de services sociaux. On ne peut se contenter de solutions ponctuelles ou *ad hoc*, qui n'auraient pour effet que de reporter à plus tard la solution du problème d'autant plus, rappelons-le, que l'écart entre l'évolution tendancielle des dépenses de santé et de services sociaux et la croissance prévue des revenus du gouvernement constitue un problème structurel majeur puisqu'il est récurrent et s'accumule à chaque année. Il faut agir et le faire rapidement. Le Québec dispose tout au plus d'une dizaine d'années pour mettre en place les moyens requis pour faire face au défi que constituent les changements démographiques majeurs auxquels il sera inéluctablement confronté.

Le comité croit fermement que les solutions proposées dans son rapport permettront de relever le défi du financement des services de santé et des services sociaux et d'offrir à la population du Québec les services de qualité dont elle aura besoin à court, à moyen et à long terme.

Ces solutions prennent assise sur un grand principe, cher aux membres du comité : l'équité intergénérationnelle. De l'avis de tous, il serait en effet irresponsable de faire porter aux jeunes générations le poids d'un vieillissement démographique de l'ampleur de celui que connaîtra le Québec. Voilà pourquoi il est pressant de prendre les décisions qui s'imposent. De cette manière, la génération du « baby-boom », qui quittera bientôt le marché du travail, pourra contribuer dans une juste mesure au financement des services dont elle aura besoin demain.

Au coeur des avenues proposées se trouve toute une panoplie de mesures susceptibles d'améliorer l'efficacité et l'efficience du système ainsi que de confier un rôle accru au secteur privé, notamment dans le financement des infrastructures et des technologies ainsi que dans la prestation des soins et des services. Ces mesures doivent être considérées en dehors de tout carcan idéologique et sans céder aux tentations corporatistes.

Le maintien d'un système de santé et de services sociaux répondant à l'évolution des besoins de la population représente un défi important auquel la population du Québec est appelée à contribuer. Le comité ne doute nullement de la capacité des Québécoises et des Québécois de faire preuve de solidarité et même d'enthousiasme dans leurs efforts pour se donner les moyens de maintenir un système de santé et de services sociaux qui fait l'envie de plusieurs pays à travers le monde. Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations.

Liste des recommandations

1. Mettre en œuvre une stratégie intégrée

Le comité recommande :

R-01 *Que le gouvernement établisse une cible pour baliser le rythme de croissance de la contribution du Fonds consolidé du revenu au financement des services de santé et des services sociaux; cette cible pourrait, par exemple, être alignée sur la croissance de la richesse collective (PIB). Les coûts excédentaires devraient alors être financés à partir d'autres sources.*

2. Contrôler l'évolution de la dette

Le comité recommande :

R-02 *Que le gouvernement développe une politique globale de l'énergie comportant un fonds énergétique patrimonial destiné à accélérer le remboursement de la dette, afin de libérer une marge de manœuvre dont bénéficiera l'ensemble des missions de l'État, selon l'ordre de priorité qui leur sera accordé.*

3. Amener le gouvernement fédéral à accroître ses transferts au Québec

Le comité recommande :

R-03 *Que le gouvernement du Québec interpelle le gouvernement fédéral afin que ce dernier hausse l'ensemble de ses paiements de transferts aux provinces pour ajuster la contribution fédérale en fonction des besoins nouveaux, notamment les besoins découlant de l'évolution démographique de la population québécoise.*

4. Améliorer l'efficience et l'efficacité du système de santé et de services sociaux

Le comité recommande :

R-04 ***Que le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et son réseau se dotent d'un plan pluriannuel transparent d'amélioration de la performance du système, avec des objectifs chiffrés de résultats, incluant une approche de reddition de comptes, tant aux plans local, régional que national.***

R-05 ***Que des efforts accrus soient déployés en prévention en mettant l'accent sur les grands déterminants de la santé, notamment l'éducation et la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, en ciblant notamment les jeunes faisant face à des problèmes particuliers et leur famille.***

R-06 ***Que les ministères concernés (ministère de la Santé et des Services sociaux, de l'Éducation, du Loisir et du Sport, du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, de l'Emploi et de la Solidarité sociale et de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine) mettent en place, de façon concertée, des programmes structurés de promotion de la santé et de saines habitudes de vie dans les écoles et les services de garde sur tout le territoire du Québec.***

R-07 ***Qu'un arrimage systématique soit établi entre les professionnels de la santé et des services sociaux et les réseaux qui dispensent des services à des clientèles vulnérables, particulièrement celle des jeunes, pour offrir un continuum de services permettant de lutter efficacement contre le décrochage et l'exclusion sous toutes ses formes et de favoriser la réinsertion sociale au moyen, notamment, d'une meilleure intégration au marché du travail.***

R-08 ***Que le soutien financier accordé au réseau d'entreprises d'économie sociale soit consolidé afin qu'elles puissent assurer des services de qualité sur tout le territoire québécois.***

R-09 ***Que le gouvernement reconnaisse concrètement l'avenue du logement coopératif et sans but lucratif comme étant l'une des solutions aux besoins croissants de soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, par exemple en***

finançant les services de soutien dans ces établissements (coopératives et OSBL d'habitation)

R-10 *Que le gouvernement se donne comme première priorité d'assurer à toutes les Québécoises et à tous les Québécois, partout sur le territoire, l'accès à un médecin de famille.*

R-11 *Que le mode de rémunération des médecins évolue vers un système mixte qui favorise la prise en charge des clientèles et la continuité des services ainsi qu'une plus grande participation à l'organisation des services dans le système de santé, et que ce mode de rémunération comporte les incitatifs nécessaires à l'atteinte de ces objectifs.*

R-12 *Que le cadre général de travail de tous les groupes d'employés qui composent le système de santé et de services sociaux favorise une approche multidisciplinaire en révisant les champs de pratique (par exemple, entre médecins et infirmières) et en renforçant la collaboration et le partage des responsabilités entre les groupes de professionnels.*

R-13 *Que des règles strictes soient édictées afin de garantir l'indépendance des médecins et des pharmaciens à l'égard de toute entreprise faisant la commercialisation de produits reliés au secteur de la santé, tout en favorisant une saine collaboration entre les divers intervenants, dans le meilleur intérêt des clientèles concernées.*

R-14 *Que le processus d'évaluation s'inscrive dans une approche intégrée, transparente et multidirectionnelle, et qu'il soit renforcé à tous les niveaux du système. Les ententes de gestion conclues entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les agences régionales et les établissements devraient notamment faire l'objet d'une véritable reddition de comptes.*

5. Recourir davantage au secteur privé

Le comité recommande :

R-15 *Que le gouvernement fixe des cibles acceptables au Québec quant aux niveaux de prestation de services accessibles au secteur privé dans tous les domaines de la santé et des services sociaux, dans le cadre d'un système financé par les fonds*

publics, et qu'il indique les secteurs concernés ainsi que les paramètres qui encadreront ces activités.

R-16 *Que pour tous les projets importants d'agrandissement, de réfection majeure ou de construction de nouvelles installations dans le réseau de la santé et des services sociaux, l'option de réalisation en mode de partenariat public-privé soit examinée, et qu'elle fasse l'objet d'une analyse comparative avantages-inconvénients avec le mode de réalisation conventionnel.*

R-17 *Que pour améliorer les services dispensés aux personnes en perte d'autonomie de façon efficiente, le recours au secteur de l'économie sociale, au secteur communautaire et au secteur privé soit accru, tout en s'assurant que les services dispensés par ces intervenants soient intégrés de façon adéquate à l'ensemble des services de première ligne.*

R-18 *Que soit examinée la possibilité d'allouer directement aux personnes en perte d'autonomie des prestations en espèces, afin qu'elles aient la liberté d'acheter elles-mêmes les services de soutien à domicile dont elles ont besoin auprès d'entreprises ou de leurs proches, en s'assurant que les dispensateurs concernés soient dûment accrédités par le réseau public. L'exercice de cette option devrait être encadré par des mesures strictes de contrôle de la qualité.*

R-19 *Qu'une part plus importante de certains types de services hospitaliers diagnostiques ou thérapeutiques puisse être dispensée par le secteur privé en favorisant le développement de cliniques spécialisées affiliées, dans le cadre d'ententes établissant une relation durable de partenariat, au meilleur coût et dans le respect des normes de qualité établies. Ces services seraient dispensés à l'intérieur du système de santé et de services sociaux actuel et soutenus par un financement de l'État et en coordination avec les intervenants du système public*

6. Mettre sur pied un Régime d'assurance contre la perte d'autonomie

Le comité recommande :

R-20 *Que les modalités d'un Régime d'assurance pour assurer le financement des services dispensés aux personnes en perte d'autonomie et intégrés au système de services de santé et de*

services sociaux soient établies par l'État. Un tel programme pourrait être géré par la Régie des rentes du Québec et sa réserve placée sous la responsabilité de la Caisse de dépôt et placement du Québec. Ce système, capitalisé en partie, serait financé de façon à respecter la capacité de payer des contribuables, dans le respect des impératifs d'équité entre les différentes catégories de revenus et l'équité entre les individus et les employeurs.

R-21 *Qu'une partie des fonds recueillis annuellement serve au financement de programmes de prévention, particulièrement auprès des jeunes.*

7. Créer un « compte » santé et services sociaux

Le comité recommande :

R-22 *Qu'un compte santé et services sociaux soit créé, à l'intérieur du Fonds consolidé, afin de rétablir les liens existant entre l'ensemble des dépenses en santé et services sociaux et les différentes sources de revenus associées à leur financement et de garantir à la population que la contribution des employeurs au « Fonds des services de santé » et le prélèvement de tout revenu additionnel servent effectivement à financer les dépenses de santé et de services sociaux.*

R-23 *Qu'une commission parlementaire annuelle sur le financement des dépenses de santé et de services sociaux soit convoquée afin de rendre transparente la reddition de comptes.*

8. Envisager d'autres sources de revenus

Le comité recommande :

R-24 *Que l'avenue des taxes à la consommation soit favorisée, dans l'hypothèse où des revenus additionnels s'avéraient nécessaires à court terme pour assurer la pérennité de notre système de santé et de services sociaux, au-delà du fruit des autres recommandations contenues dans ce rapport. Dans cette hypothèse, le comité favorise nettement le recours à une hausse de la TVQ.*

Liste des propositions

1. Mettre en œuvre une stratégie intégrée

2. Contrôler l'évolution de la dette

3. Amener le gouvernement fédéral à accroître ses transferts au Québec

4. Améliorer l'efficience et l'efficacité du système de santé et de services sociaux

Le comité propose :

P-01 *Que la consolidation des services généraux et des services de première ligne soit poursuivie en y investissant les fonds nécessaires et en implantant les leviers requis pour que toute la population soit adéquatement desservie par ces services.*

P-02 *Que l'organisation des spécialités médicales soit planifiée et consolidée autour des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) en organisant le soutien nécessaire aux régions.*

P-03 *Que l'architecture du système de santé et de services sociaux soit organisée de façon à favoriser l'utilisation optimale de chaque palier de services (généraux, spécialisés, surspécialisés) et que des « filières » soient constituées afin d'assurer la continuité pour l'usager.*

P-04 *Que l'offre de services de soutien à domicile soit renforcée et harmonisée dans tous les territoires des CSSS en mettant notamment à contribution les entreprises du secteur de l'économie sociale, les organismes sans but lucratif et les coopératives d'habitation.*

P-05 *Que l'on soutienne le développement de ressources « légères » entre l'établissement et le domicile, dans le but de mieux répondre aux besoins actuels et de favoriser l'utilisation efficace et efficiente des ressources en établissement.*

P-06 *Que l'accent soit mis, dans tout le système de santé et de services sociaux, sur la participation de l'individu dans ses démarches de santé et dans sa relation avec la collectivité, plutôt que sur l'individu à titre de patient ou de consommateur passif de services.*

P-07 *Que le gouvernement poursuive ses efforts dans la recherche de modes d'organisation de la pratique médiale, tels les Groupes de médecine familiale, les cliniques-réseau et toute autre approche d'optimisation du système bénéficiant à la fois aux professionnels de la santé et à la population desservie. Les médecins généralistes rémunérés par le système public devraient notamment travailler en complémentarité avec le CSSS de leur territoire et participer au partage des tâches, dans le respect des priorités fixées par les agences régionales.*

P-08 *Que le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec se rende au bout de sa réforme concernant les modes d'allocation des ressources afin que ceux-ci soient davantage axés sur les besoins sociosanitaires de la population, ce qui implique :*
1) sur le plan de l'allocation des ressources aux régions, l'élimination, dans les meilleurs délais, des écarts interrégionaux, tels que déterminés par l'approche populationnelle;
2) sur le plan de l'allocation des ressources aux établissements de santé spécialisés, l'implantation d'un mode de budgétisation basé sur les volumes de services attendus et les coûts ajustés en fonction de la lourdeur des clientèles plutôt que sur une base historique.

P-09 *Que le rôle stratégique des directeurs généraux d'établissement soit renforcé dans le but d'améliorer l'efficacité et l'efficience du système, en leur conférant une plus grande marge de manœuvre, mais en mettant aussi l'accent sur une véritable reddition de comptes.*

P-10 *Que le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et son réseau se donnent un plan d'action visant à mobiliser la main-d'œuvre, à mettre en place les conditions nécessaires pour améliorer la présence au travail et à favoriser la prolongation de carrière.*

P-11 *Que le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec se donne un plan d'action visant l'utilisation optimale des médicaments et comprenant des mesures concrètes qui interpellent à la fois l'industrie pharmaceutique, les professionnels de la santé, les consommateurs et les organismes gouvernementaux concernés et qui engagent leurs responsabilités respectives dans l'atteinte des objectifs de résultats préétablis.*

P-12 *Que tout investissement dans le système (construction, équipements, systèmes d'informations, etc.) soit assorti d'une obligation de résultat liée aux gains de l'efficience à réaliser.*

5. Recourir davantage au secteur privé

Le comité propose :

P-13 *Que les clauses des ententes de réalisation en mode PPP respectent des normes reconnues de qualité pour les aménagements et assurent un véritable partage de risques entre le réseau public et les partenaires privés et ce, dans le respect des conventions collectives en vigueur.*

P-14 *Que les établissements publics mettent davantage à contribution les organismes et les entreprises du secteur privé offrant certains services périphériques de soutien et d'administration, en faisant appel à diverses formules de « faire faire » et ce, dans le respect des conventions collectives en vigueur, afin qu'ils puissent se concentrer sur leur mission première, soit la prestation de soins de santé et de services sociaux.*

P-15 *Que les établissements publics mettent en place les mécanismes nécessaires afin de s'assurer de la qualité des services de soutien et d'administration ainsi obtenus auprès d'organismes ou d'entreprises privées.*

P-16 *Que des mesures soient prises pour favoriser le développement de formules autres que l'hébergement traditionnel, conjuguant les ressources et la participation des secteurs public, privé et communautaire, afin de répondre aux besoins croissants d'hébergement des personnes en grande perte d'autonomie.*

P-17 *Que des mesures efficaces (fiscales, économiques ou autres) soient déployées afin de faciliter l'engagement des ressources dans la mise sur pied et le développement de cliniques coopératives de santé.*

P-18 *Qu'un traitement fiscal incitatif des dons faits à des institutions du secteur de la santé et des services sociaux soit offert aux donateurs.*

P-19 *Qu'un programme de jumelage par l'État des dons consentis aux institutions du réseau de la santé et des services sociaux pour favoriser l'achat d'équipements coûteux par les institutions soit mis*

sur pied, en s'inspirant des programmes existant notamment dans le domaine de la culture.

6. **Mettre sur pied un Régime d'assurance contre la perte d'autonomie**

7. **Créer un « compte » santé et services sociaux**

8. **Envisager d'autres sources de revenus**

Bibliographie

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC, *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse 2005*, 40 p.

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC, *Les centres de jeunesse du Québec*, 2005 (Présentation Power Point).

BOOTHE, P. et al., *What Happened to Health Care Reform*, C. D. Howe Institute , 2003, 22 p.

BRUNELLE, Yvon, *L'assurance santé de longue durée : enseignement de trois systèmes à succès différents*, MSSSQ, 2004, 39 p.

C.D. HOWE INSTITUTE, *If taxes fall, does health care suffer ?*, e-Brief 2004, 3 p.

CASTONGUAY, Johanne et al. , *Pour un financement durable de la santé au Québec*, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO), 2005, 62 p.

CERCLE DES ÉCONOMISTES (LE), *Économie de la santé, une réforme ? Non, une révolution*, Cahier no 6, 2004, 171 p.

CHAMBRE DE COMMERCE DU MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN, *Tableau de bord de l'agglomération urbaine de Montréal*, juin 2004, 18 p.

COMITÉ D'ÉTUDE SUR LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES *(ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Fédération des médecins spécialistes du Québec), Rapport final, 2004, 214p.*

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE (Rapport Kirby), *La santé des canadiens – le rôle du gouvernement fédéral, Rapport final sur la l'état du système de soins de santé au Canada*, 2002, 79 p.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (2000) (Commission Clair), *Les solutions émergentes*, Rapport et recommandations, Gouvernement du Québec, 2001, 408 p.

COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA (Commission Romanow), *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*, 2002, 427 p.

COMMISSION SUR LE DÉSÉQUILIBRE FISCAL, *Les programmes de transferts fédéraux aux provinces- Document d'information pour la consultation publique*, Gouvernement du Québec, 2001, 39 p.

CONFERENCE BOARD OF CANADA (THE), *Performance and Potential 2003-04 – Defining the Canadian Advantage*, 2003, 132 p.

CONFERENCE BOARD OF CANADA (THE), *Projection des équilibres financiers des gouvernements du Canada et du Québec*, Document préparé pour la Commission sur le déséquilibre fiscal, février 2003, 35 p.

CONFERENCE BOARD OF CANADA (THE), *Understanding Health Care Cost Drivers and Escalators*, 2004, 126 p.

CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ, *Le renouvellement des soins de santé au Canada : accélérer le changement*, 2005, 97 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, *Le financement privé des services médicaux et hospitaliers*, 2002, 73 p.

COUR SUPRÊME DU CANADA, *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, CSC 35, 2005, 279 p.

FÉDÉRATION CANADIENNE DE L'ENTREPRISE INDÉPENDANTE, *Perspectives des PME à l'égard du système de santé au Canada*, 2002, 38 p.

FRASER INSTITUTE (THE), *How Good is Canadian Health Care System*, 2004, 66 p .

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA COMPLÉMENTARITÉ DU SECTEUR PRIVÉ DANS LA POURSUITE DES OBJECTIFS FONDAMENTAUX DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ AU QUÉBEC (Rapport Arpin), *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec*, (Synthèse) Gouvernement du Québec, 1999, 42 p.

INDUSTRIE CANADA, *A Regional Perspective on the Canada-US Standard of Living Comparison*, Occasional Paper Number 22, 2000, 44 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Base de données médicales Southam – Nombre, répartition et migration des médecins au Canada*, 2003, 85 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Base de données nationale sur les médecins - Rapport sur les paiements moyens par médecin, 2001-2002*, 2003, 33 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *L'imagerie médicale au Canada* , 2004, 78 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Tendances des dépenses nationales sur la santé 1975 à 2004*, 2004, 182 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Tendances relatives au personnel de la santé au Canada 1993-2002* , 2004, 250 p.

INSTITUT DE RECHERCHE ET DE DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, *Éco-santé 2005 – Base de données OCDE*, 2005

JOANIS, Marcelin et al., *La santé au Québec : des options pour financer la croissance*, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO), 2004, 78 p.

KENNY, Nuala, et al., La Santé au Canada : un héritage à faire fructifier, vol II, Santé Canada, 2003, 25 p.

McKENNA, Katerine, et al., *Coûts et conséquences économiques des sévices infligés aux enfants au Canada*, 2003, 192 p.

M. L. A. TASK FORCE ON HEALTH CARE FUNDING AND REVENUE GENERATION (Graydon Report), *A Sustainable Health Care System for Alberta*, 2002, 25 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan de la santé et des services sociaux : Pour faire les bons choix*, Document technique, 2002, 81 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport national sur l'état de la sante de la population du Québec : produire la santé*, 2005, 110 p.

MINISTÈRE DES FINANCES, *Impact des changements démographiques sur l'économie, le marché du travail et les finances publiques du Québec*, 2005, 33 p.

MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF DU QUÉBEC, *Les réalités démographiques du Québec*, (présentation Power Point), 2004

OCDE, *Vers des systèmes de santé plus performants*, 2004, 372 p.

PREMIER'S ADVISORY COUNCIL ON HEALTH FOR ALBERTA (Mazankowski Report) , *A Framework for Reform*, 2001, 75 p.

SECRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR DU QUÉBEC, *Évolution des dépenses et impact des changements démographiques*, (Présentation Power Point), 2004, 48 p.

Remerciements

Les membres du comité tiennent à remercier tous ceux et celles qui ont présenté le résultat de leurs travaux dans les différents domaines reliés à la santé et aux services sociaux.

Ils tiennent à remercier également les fonctionnaires qui ont fourni un soutien de très haute qualité aux membres du comité tout au long de leurs travaux, notamment les équipes du ministère de la Santé et des Services sociaux, du ministère des Finances et du Secrétariat du Conseil du trésor.

Annexe 1

1 Mandat du comité

1.1 Mandat général

S'appuyant sur des travaux déjà réalisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le ministère des Finances (MFQ) et sur des solutions déjà formulées par les différentes commissions mises sur pied au Québec ou au Canada au cours des dernières années :

- proposer des solutions concrètes qui permettront au gouvernement de résoudre le problème du manque à pourvoir pour la santé et les services sociaux et de répondre aux priorités du secteur;

- proposer, dans une perspective à moyen et à long terme, des solutions réalisables au Québec qui permettront d'assurer la pérennité du système de santé et de services sociaux, en s'appuyant sur les valeurs partagées de respect tant des bâtisseurs actuels du Québec que des générations à venir (équité intergénérationnelle);

- proposer un plan d'action global comportant des mesures complémentaires à court, moyen et long terme.

1.2 Mandats spécifiques

Prendre connaissance des travaux synthèses réalisés par le MSSS et le MFQ portant sur l'état des finances publiques et la problématique du financement de la santé et des services sociaux ainsi que des solutions formulées par les différentes commissions et rapports produits sur le sujet au cours des dernières années.

En distinguant le court, le moyen et le long terme :

- effectuer une projection des dépenses de santé et de services sociaux en analysant les effets imputables aux principaux facteurs structurels de croissance, dont le vieillissement de la population, l'évolution des coûts des médicaments et l'évolution des technologies, et en tenant compte du panier actuel des services assurés;

- prendre connaissance de la projection des revenus budgétaires du gouvernement, prenant en compte l'effet de l'évolution démographique et de la réduction de la main-d'œuvre;

- effectuer une projection du manque à pourvoir potentiel pour la santé et les services sociaux et dégager les implications sur les ressources disponibles pour les mandats des autres ministères et organisations.

Dans une perspective à court terme :

- proposer des pistes de solution en s'inspirant en continuité avec les mesures structurantes déjà entreprises par le MSSS visant à améliorer l'efficacité et l'efficience du réseau de santé et de services sociaux et proposer également des pistes de solution visant à assurer un financement adéquat du système;

- examiner l'opportunité de créer un « compte santé-services sociaux intégré » qui permettrait notamment :

    - d'assurer la transparence des liens systématiques entre l'ensemble des dépenses de santé et de services sociaux et l'ensemble des sources de financement qui y sont associées (transferts fédéraux, contributions des usagers et de la tierce responsabilité, Fonds consolidé du revenu);
    - de mieux sensibiliser la population aux enjeux qui confrontent le système de santé et de services sociaux et des choix que le gouvernement doit faire pour en assurer la pérennité;
    - d'assurer une meilleure reddition de comptes aux Québécois de la gestion et du financement du système de santé et de services sociaux.

Dans une perspective à moyen et à long terme :

- Afin d'assurer la pérennité du système de santé et de services sociaux :

    - proposer des pistes de solution qui permettraient d'améliorer davantage l'efficience et l'efficacité du système en ce qui a trait à l'organisation et à la prestation des services, ainsi que des pistes de solution visant à assurer leur financement adéquat, tout en permettant de mieux répondre aux priorités légitimes des autres secteurs d'activités.

2 Membres du comité

Président

L. Jacques Ménard
Président,
BMO Groupe financier (Québec)

Membres

Daniel Adam
Consultant,
Ex-dirigeant de l'Association des hôpitaux du Québec et de centres hospitaliers

Marie Beauchamp*
Directrice générale,
CLSC-CHSDL Ste-Rose de Laval

Jean-Stéphane Bernard
Président, Forum des jeunes de la fonction publique,
Régie des rentes du Québec

Louise Chabot
Première vice-présidente,
Centrale des syndicats du Québec

Jean-Pierre Chicoine
Consultant,
Ex-directeur général de centres hospitaliers

Michel Clair
Président-directeur général
Groupe Santé Sedna inc.

Jean-Marie Dumesnil
Président,
Regroupement provincial des comités d'usagers

Pierre Dupuis
Vice-président
Syndicat canadien de la fonction publique

Henri Elbaz
Directeur général,
Hôpital général juif
Sir Mortimer B. Davis

Claude Faucher
Vice-président
Centrale des syndicats démocratiques

Jean-Pierre Hotte
Secrétaire et directeur général
Association des centres jeunesse du Québec

Diane Legault*
Députée de Chambly,
Adjointe parlementaire du ministre de la Santé et des Services sociaux

Marie-Claude Martel
Ex-directrice générale,
Association des CLSC et des SHSLD du Québec

Nancy Neamtan
Présidente,
Chantier de l'économie sociale

Pierre Ouellette
Professeur,
Département des sciences économiques
Université du Québec à Montréal

Vincent Simonetta
Président,
Association des établissements privés conventionnés,
Directeur général,
CHSLD-Vigi de l'Outaouais, Vigi-Santé Ltée

Gilles Taillon
Président,
Conseil du patronat du Québec

Représentants ministériels

Clément D'Astous
Sous-ministre adjoint,
Direction générale des politiques budgétaires
Ministère des Finances

Hung Do
Directeur,
Direction des politiques et des systèmes financiers
Ministère de la Santé et des Services sociaux

André Morin
Économiste,
Direction générale de la coordination, du financement et de l'équipement
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Gilles Paquin
Secrétaire associé
Direction générale des politiques budgétaires et réseau
Secrétariat du Conseil du trésor

Secrétaire général

Denis Beauregard
Président
PERCOM inc.

* **Ces personnes ont dû quitter le Comité avant la fin de ses travaux pour des raisons d'ordre professionnelle**

Annexe 2

Montréal, le 8 juillet 2005

Monsieur L. Jacques Ménard, O.C

Président
Comité sur la pérennité du réseau de la santé
et des services sociaux
a/s
BMO Groupe financier, Québec
129, rue St-Jacques, 14e étage
Montréal (Québec)
H2Y 1L6

Monsieur Ménard,

Nous sommes heureuses d'avoir été invitées à participer aux travaux du Comité consultatif sur la pérennité du réseau de santé et des services sociaux bien que notre disponibilité fut limitée en raison de circonstances exceptionnelles et de contraintes dans nos organisations.

A titre de représentantes de partenaires sociaux importants de l'économie sociale et du réseau d'établissements publics, nous avons participé à cette démarche dans un esprit de dialogue constructif entre acteurs d'horizons divers. L'importance capitale de la pérennité de notre système de santé l'exigeait.

Un grand nombre des propositions présentées dans le rapport du Comité favorisera la pérennité de notre système public de santé et de services sociaux. Soulignons l'importance de préserver *à long terme*, l'intégrité et le financement public du système de santé et de services sociaux, en respectant les valeurs d'équité et de solidarité qui en sont les fondements, l'obligation de résultats pour améliorer l'efficience et l'efficacité du système par le développement des actions de prévention, notamment auprès des jeunes et de leur famille, le renforcement des services de proximité, la concentration des expertises spécialisées, la hiérarchisation des services, la reconnaissance du rôle des organisations communautaires et des entreprises d'économie sociale. Les mesures concrètes dans l'organisation, le financement et les ressources qui les accompagnent sont précises et incisives.

Nous sommes d'avis que ce rapport soit désormais soumis au test d'un public plus large et que les propositions fassent l'objet de choix démocratiques. C'est dans ce contexte que nous acceptons de le signer. Toutefois, il demeure des points de divergence importants que nous tenons à rendre publics avec la sortie du rapport.

1. **L'analyse de la situation financière de l'État québécois pour les prochaines décennies est alarmiste et donne prise aux tenants d'un désengagement de l'État.** La majorité des études consultées par les membres du Comité démontrent que le réel défi n'est pas le vieillissement de la population, mais la gestion des maladies chroniques, l'adaptation du réseau aux nouveaux besoins ainsi que l'élaboration des mesures structurantes pour le contrôle des coûts des médicaments et des nouvelles technologies. Rappelons également que le Québec a fait des choix collectifs en finançant les services publics par la fiscalité pour assurer une contribution équitable des citoyens au régime public et garantir un accès aux services en fonction *du besoin* des personnes et non de leur revenu. Ce choix nous paraît plus que jamais le meilleur pour les générations actuelles et futures. Pour préserver ces acquis de solidarité, on conviendra que tous les efforts doivent être mis en œuvre pour contenir les coûts à des seuils acceptables et pour résoudre à court terme les problèmes d'accès aux services qui compromettent la santé des citoyens. Plusieurs avenues en ce sens sont prometteuses.

2. **L'accroissement du rôle du secteur privé dans les soins de santé.** Les propositions du comité qui favorisent un partenariat accru dans de nombreux domaines esquivent l'évaluation des effets à long terme de l'introduction des logiques marchandes dans la prestation de services cliniques ou administratifs, notamment son impact sur les conditions de travail des personnels oeuvrant tant dans le secteur public, d'économie sociale et des entreprises privées. De plus, les propositions contenues dans le rapport sont antérieures au jugement de la Cour Suprême qui ouvre la porte à l'assurance privée dans les services de santé. Il nous paraît sage d'évaluer les impacts d'un tel jugement avant de compléter les recommandations du Comité. D'autres moyens que l'expansion du rôle du secteur privé auraient pu être envisagés pour augmenter la flexibilité et l'efficience dans le système, notamment dans les domaines où les coûts augmentent le plus rapidement, c'est-à-dire les médicaments et les nouvelles technologies.

3. **Le régime d'assurance contre la perte d'autonomie** doit faire l'objet d'une évaluation plus approfondie en regard des éléments suivants : la charge cotisable en fonction de la capacité de payer des personnes plus démunies ; les impacts sur les conditions de travail dans les secteurs hospitaliers, de l'hébergement et des soins à domicile, le maintien des ressources qualifiées dans le secteur public et de l'économie sociale. L'approche préconisée dans le rapport qui fera de la personne en perte d'autonomie l'acheteur direct de services est fort préoccupante car *il est essentiel que les fonds recueillis par ce régime servent d'abord à assurer la structuration d'une offre de service de qualité et cela dans toutes les régions du Québec.*

4. **La participation citoyenne**. Dans le cadre d'un débat aussi fondamental que celui sur l'avenir de notre système de santé, nous croyons qu'il est essentiel d'introduire et de renforcer des lieux où les citoyens et citoyennes du Québec puissent non seulement s'exprimer, mais aussi poser des gestes et participer activement aux décisions. Il en va de leur avenir et de l'avenir de leurs enfants. Cette participation doit être renforcée à tous les niveaux : conseils d'administration, forums, consultations et autres. La création des centres de santé et de services sociaux offre l'opportunité de favoriser une participation accrue des populations locales quant aux choix des priorités et des actions visant l'amélioration de la santé et des conditions de vie et aussi quant aux décisions sur l'organisation des services.

Les conclusions des rendez-vous stratégiques de la santé qui ont été organisés par l'Institut du nouveau monde dans huit régions du Québec confirment les orientations que nous avons défendues tout au long des travaux du Comité : la nécessité d'un virage vers la santé impliquant une approche globale et non seulement une réponse médicale, vers la prévention impliquant des investissements majeurs pour combattre sur tous les fronts la pauvreté et un véritable virage citoyen fondé sur une implication et un pouvoir réel des citoyens.

En terminant, nous réaffirmons notre volonté de continuer cette réflexion stratégique dans le cadre d'un débat élargi. Nous vous remercions pour votre écoute et votre ouverture.

Veuillez accepter, Monsieur Ménard, nos salutations distinguées.

Marie-Claude Martel **Nancy Neamtan**

Annexe 3

Problématiques particulières

Cette annexe regroupe des points importants qui ont fait l'objet de discussions entre les membres du comité, sans pour autant qu'ils ne fassent l'objet de consensus ou ne mènent à des recommandations spécifiques. Certains d'entre eux méritent plus ample réflexion, alors que d'autres ont été rejetés par les membres. Ces thèmes sont présentés dans le but d'alimenter d'autres discussions éventuelles sur le système de santé et de services sociaux. Cette liste de problématiques particulières donne aussi une idée du large éventail de sujets que les membres du comité ont abordés dans le cadre de leurs travaux. Ils ont été regroupés sous deux grandes thématiques :

- Principes et réalité
- Particularités propres au système de santé et de services sociaux

Principes et réalité

La santé, un bien public ou privé ?

- Contrairement à la croyance populaire, la santé n'est pas un bien public.
- La santé est un bien privé financé publiquement.
- Au sens économique du terme, un bien public est un bien dont la consommation par un individu n'empêche pas la consommation du même bien par un autre individu.
- Par exemple, la recherche en santé est un bien public et une découverte scientifique peut profiter à tous. Alors qu'une chirurgie se fait en lieu et place d'une autre chirurgie et que l'hospitalisation d'une personne déplace l'hospitalisation d'une autre personne.
- Les soins de santé sont donc, en réalité, des biens privés financés collectivement. Ce qui entraîne comme conséquence que le consommateur (patient) a tendance à évaluer les bénéfices et les coûts du système de santé de façon individuelle en faisant abstraction des coûts/bénéfices sociaux de sa consommation.
- D'où peut résulter un faible sens des responsabilités des individus.
- En l'absence de signal de prix, il devient difficile alors de restreindre la demande, ce qui peut constituer une porte ouverte à une utilisation des ressources discutable, sinon au gaspillage.

- ***Équité versus égalité***

  - Accorder un traitement équitable consiste à donner à chacun en fonction de ce qui lui est dû, eu égard à ses besoins, conditions particulières, etc.
  - Accorder un traitement égalitaire consiste à donner à tous un traitement de même nature, qualité ou valeur, sans égard aux différences individuelles.
  - En matière de santé, un traitement égalitaire peut ne pas être équitable.

- ***Équité intergénérationnelle***

  - L'ampleur de la dette québécoise (une des plus lourdes des pays industrialisés eu égard au PIB, même si la croissance économique des dernières années a eu pour effet d'abaisser quelque peu ce ratio) pose un sérieux problème d'équité intergénérationnelle.
  - Reporter sur les générations futures une partie des dépenses d'infrastructures dont ces générations profiteront est de bon aloi.
  - Faire payer par les générations futures une partie importante des dépenses d'opérations des programmes actuels poserait un problème d'équité.
  - Le comité a pris en compte cette problématique tout au long de ses travaux et s'est efforcé de recommander des solutions qui tiennent compte de cette préoccupation, notamment en recommandant la mise sur pied d'un Régime d'assurance contre la perte d'autonomie dont le financement tienne compte notamment de l'âge des participants.
  - Cela dit, le comité a aussi tenu compte du fait qu'un transfert intergénérationnel s'opère toujours dans la mise en place des grands programmes. Par exemple, lors de la mise en place du Régime de rentes du Québec, la génération des baby-boomers a fait montre de solidarité en défrayant une partie importante des coûts découlant de la couverture de la génération précédente, tout comme elle défraie une proportion inégalée en Amérique du Nord des coûts reliés à l'éducation supérieure de la génération montante.

Particularités propres au système

- ***Gains de productivité et réduction des coûts***

  - Le secteur de la santé et des services sociaux présente une problématique très particulière : contrairement à ce qui est observé dans d'autres secteurs, la réalisation de gains de productivité n'entraîne pas nécessairement une diminution des coûts globaux.
  - Le rationnement important qui caractérise le système fait en sorte que la plupart des gains réalisés en matière de rapidité de traitement ou de diminution de coûts unitaires provoquent l'arrivée de nouveaux patients qui, jusque-là, étaient en attente de traitement. Donc, en termes budgétaires, les gains réalisés se traduisent souvent par un plus grand nombre de patients traités et non par une diminution des coûts totaux.

- Cette particularité du système de santé et de services sociaux fait en sorte que souvent, il n'est pas possible de financer les investissements requis en escomptant les gains financiers qui seront réalisés sur une base de coûts unitaires.
- Par exemple, le virage ambulatoire a entraîné une diminution de la durée d'hospitalisation et des coûts unitaires pour certaines interventions, mais les coûts hospitaliers totaux n'ont pas pour autant diminué. Les besoins dans le domaine de la santé étant illimités, une réduction de coûts unitaires se traduit en effet généralement par un plus grand nombre de patients traités, de sorte qu'il en résulte souvent un coût total plus élevé.
- Cette constatation incite à une grande prudence dans l'évaluation des sources possibles de financement de nouvelles approches et de nouvelles technologies en escomptant des gains qui ne se matérialiseront peut-être pas.

Mise à niveau des technologies

- L'évolution des technologies constitue l'une des principales sources d'augmentation des coûts dans le système de santé.
- Or, de l'avis de plusieurs membres du comité, l'évaluation des technologies souffrirait de lacunes importantes, ce qui entraînerait des coûts inutiles, même si ces technologies font souvent l'objet d'un processus d'évaluation dans d'autres juridictions.
- Par ailleurs, l'introduction de nouvelles technologies n'entraîne pas automatiquement une substitution des technologies plus anciennes. Elle se traduit souvent par une coexistence permettant de répondre de façon complémentaire à des besoins spécialisés différents, ce qui implique des coûts additionnels importants.
- La disponibilité de nouvelles technologies a trop souvent pour effet de multiplier l'utilisation de toute la gamme des technologies disponibles, même lorsque cela n'est pas pleinement justifié.

Mise à niveau des infrastructures

- Les infrastructures dans le réseau de la santé nécessitent une mise à niveau majeure, en raison du degré élevé de vétusté et du manque de fonctionnalité dont souffre une grande partie des bâtiments du réseau.
- Ces mises à niveau concernent, dans une large mesure, l'entretien à long terme des bâtiments, qui a été passablement négligé dans le passé.
- Ces mises à niveau concernent aussi l'aménagement des infrastructures en fonction de missions qui ont évolué dans le temps sans que les aménagements n'aient été modifiés en conséquence.
- Les retards accumulés dans l'adaptation des bâtiments entraînent parfois des coûts d'opération additionnels dus à une inadéquation entre l'aménagement d'un bâtiment et les services qui y sont dispensés.
- Le secteur privé pourrait être mis à contribution, notamment pour financer et prendre en charge une partie de cette mise à niveau.

- ***Soutien à domicile***

  - Le soutien à domicile constitue une voie d'avenir à la fois pour accroître la qualité de vie des citoyens concernés et pour réduire les coûts inhérents à la santé, en utilisant de façon adéquate des ressources légères le plus longtemps possible avant de passer à l'utilisation de ressources plus lourdes et plus coûteuses.
  - De toute évidence, le réseau ne peut actuellement répondre de façon adéquate à ce type de besoins, ce qui entraîne un hébergement prématuré, coûteux et inadéquat des personnes concernées qui sont de plus retirées de façon précoce de leur milieu de vie. Sans compter une utilisation déraisonnable de ressources entraînant une pénurie qui affecte d'autres clientèles en attente de services.
  - L'organisation de services d'aide au soutien à domicile doit se faire dans le respect des normes établies dans ce domaine et en relation étroite avec l'ensemble du réseau.
  - Le secteur de l'économie sociale apporte déjà une aide très importante dans ce domaine et ce genre d'initiatives doit être encouragé, soutenu et financé adéquatement.
  - La mise sur pied d'un Régime d'assurance contre la perte d'autonomie contribuera à moyen terme à pallier aux lacunes observées actuellement dans ce domaine en structurant l'aide et en provoquant une offre de services adéquate.

- ***Panier de services***

  - Le panier de services assurés découle de la mise en application d'une conception de la santé qui remonte aux années 70.
  - Par contre, la remise en question du contenu du panier de services se heurte de plein fouet aux principes de la Loi canadienne sur la santé, qui exige notamment l'accessibilité universelle et la gratuité pour tous des soins « médicalement requis ».
  - La tarification même partielle de ces soins, ou toute formule de facturation directe auprès des usagers pour l'obtention de ces services, entraînerait automatiquement une réduction équivalente des transferts fédéraux.
  - Ce qui pourrait laisser la porte ouverte à des formules de perception de coûts non reliées directement à la prestation de ces services, par exemple, un ajustement au moment de la déclaration annuelle de revenus.
  - Par ailleurs, plusieurs membres du comité plaident en faveur d'un ajout de services plutôt qu'un retrait de services déjà assurés.
  - D'autre part, la Loi canadienne sur la santé n'ayant pas été retouchée afin de tenir compte de l'évolution de la société au cours des dernières décennies, certains services importants ne sont toujours pas couverts, notamment des services ayant trait à la prévention ou encore certains services sociaux.
  - Les membres du comité considèrent que la tarification de services dans les champs compatibles avec la Loi canadienne sur la santé équivaudrait

à s'attaquer aux clientèles les plus démunies ou encore à miner les efforts de prévention, notamment auprès des jeunes.

- La révision du panier de services est une avenue qu'il faudra un jour explorer, mais le comité, mandaté pour proposer des avenues pour assurer la pérennité du système en assurant son financement, n'a pas mené ces travaux.

- ***Tarification de certains services***

  - La très grande majorité des autres pays occidentaux pratiquent certains modes de tarification des services de santé. C'est le cas de pays tels la France, la Suède, l'Allemagne, pour ne citer que ces exemples.
  - Étant lié par la Loi canadienne sur la santé, le Québec n'impose aucune tarification aux usagers pour les soins médicaux et hospitaliers, de même que pour les services sociaux.
  - Il appert que certains pays imposent une tarification dans le but de sensibiliser des clientèles à l'égard de la consommation des soins de santé, davantage que dans le but de recueillir des sommes importantes (ex. : Suède).
  - Le comité n'a pas retenu cette avenue dans ses recommandations. Toutefois, il suggère au gouvernement d'étudier les diverses possibilités qu'offre une telle avenue en s'inspirant notamment des modèles français et suédois.

- ***Facturation pour l'utilisation de certaines infrastructures***

  - Certaines infrastructures coûteuses dans le réseau de la santé ne sont utilisées qu'une fraction du temps, par exemple les salles d'opération.
  - Ces infrastructures pourraient faire l'objet d'une facturation pour leur utilisation en dehors des heures habituelles (soirées, nuits, week-ends), par des Québécois ou par des étrangers.
  - Une telle approche aurait pour effet de drainer des fonds additionnels dans les coffres des institutions de santé et leur permettrait de rentabiliser ainsi des équipements coûteux.
  - Par contre, il existe un risque d'attirer vers les services ainsi rendus du personnel dont les services sont requis dans le secteur public régulier, aggravant du même coup certaines pénuries de personnel.
  - Le comité n'a pas retenu cette avenue.

- ***Dynamique particulière aux services sociaux***

  - Une des lignes directrices dans le secteur de la santé et des services sociaux est de déployer des efforts afin de décentraliser le plus possible les services de première ligne et de centraliser au maximum les services spécialisés.
  - Cette approche amorcée au Québec dans le domaine de la santé vise à rapprocher les services généraux des milieux de vie des clientèles, d'une part, et à favoriser la création de masses critiques afin d'obtenir la

meilleure qualité de services possible dans des domaines très spécialisés, d'autre part. Elle vise aussi à réaliser des économies quant à l'achat d'équipements très coûteux, tant sur le plan de l'acquisition que de l'utilisation de ces équipements.

- Dans le secteur des services sociaux, ce souci de centralisation des ressources spécialisées risque d'avoir des impacts négatifs parce que les clientèles en difficulté, notamment les jeunes, ont besoin de proximité dans l'accès aux services requis.
- L'important dans le domaine des services sociaux est d'assurer un continuum de services, ce qui requiert la disponibilité de ressources à proximité.
- Le comité a donc établi une nette distinction entre les stratégies qui devraient s'appliquer à la santé et aux services sociaux afin de tenir compte de cette problématique particulière.

- ***Dossier électronique du patient***

  - L'important enjeu du dossier électronique du patient a fait l'objet de présentations et de nombreuses discussions au sein du comité.
  - Théoriquement, sa réalisation contribuerait grandement à une circulation bénéfique de l'information dans le réseau de la santé, permettant ainsi d'obtenir des gains importants sur plusieurs plans : mise en commun des informations cliniques, des résultats de tests, des éléments d'historique de l'état de santé du patient, pour ne mentionner que ces exemples.
  - Par contre, l'obtention des autorisations nécessaires auprès des clientèles pose encore certains problèmes. La garantie de confidentialité des informations qui circuleraient dans le réseau est encore jugée insuffisante par bon nombre de Québécois.
  - Les réticences au plan des autorisations requises sont beaucoup plus faibles cependant lorsqu'il est question d'un dossier électronique qui ne connaîtrait qu'une circulation limitée, par exemple à l'intérieur d'un réseau local.
  - Par ailleurs, les investissements requis pour mettre en place un dossier électronique du patient à l'échelle du Québec seraient d'une amplitude majeure.
  - À ces considérations budgétaires s'ajoute le fait qu'il est largement reconnu que le dossier électronique du patient, même s'il permet certaines économies, ne peut pratiquement pas s'autofinancer.
  - Les membres favorisent la poursuite d'expériences au plan local avant de procéder à l'implantation du dossier à l'échelle du Québec.

Annexe 4

Sommaire des consensus des différentes commissions et études au Canada

À la suite du Forum des générations, à l'automne 2004, et en préparation des travaux du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié à un groupe d'experts universitaires[27] le mandat de procéder à une analyse comparative des recommandations formulées par les principales commissions mises sur pied au cours des dernières années au Canada et au Québec[28], ainsi que par différents groupes d'experts.

Principales réformes structurelles pouvant contribuer à atténuer la problématique du financement de la santé

Les différentes commissions ont toutes conclu qu'avant d'examiner les possibilités de nouveaux financements, des réformes structurelles majeures doivent être implantées dès maintenant si l'on veut assurer le maintien du système de santé.

Les recommandations qu'elles ont formulées à cet effet apparaissent convergentes. Mentionnons principalement : la prévention et la santé publique, le développement de réseaux intégrés de services de première ligne, la création des dossiers électroniques de santé, ainsi que l'imputabilité et la reddition de comptes.

La prévention-promotion et la santé publique

Pour l'ensemble des commissions, il ne fait pas de doute que les efforts actuels en prévention et promotion de la santé et en santé publique doivent être accrus. Ces efforts devraient s'inscrire soit dans le cadre d'une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques (Kirby), d'immunisation (Romanow), de promotion de la santé et de prévention des blessures et des maladies (Fyke) ou, pour le Québec, dans le cadre de la politique de la santé et du bien-être (Clair). Des programmes coordonnés de lutte au tabagisme, à l'obésité et à la sédentarité sont évoqués comme étant les cibles prioritaires.

Selon les auteurs de ces rapports, ces efforts additionnels, en permettant d'améliorer la santé de la population et de diminuer l'incidence ou la gravité de maladies et d'accidents, se traduiraient par une réduction du recours à certains traitements coûteux. Ils contribueraient ainsi, à moyen et à long terme, à ralentir la dynamique de croissance des coûts de santé. Selon les différentes commissions, la mise en place de telles stratégies impliquerait cependant l'injection d'investissements additionnels.

[27] CIRANO, « *Pour un financement durable de la sante au Quebec* », mars 2005, non publié.

[28] Sur la scène provinciale, ont ainsi été examinés : le Rapport Clair (Québec, 2001), le Rapport Mazankowski (Alberta, 2001), le Rapport Graydon (Alberta, 2002), et le Rapport Fyke (Saskatchewan 2001). Sur la scène canadienne : le Rapport Romanow (2002) et le Rapport Kirby (2000-2002).

Le développement de réseaux intégrés de services de première ligne[29]

Les commissions et les groupes d'experts s'entendent également pour recommander le développement de réseaux intégrés de services de première ligne (i.e. de soins primaires).Reposant sur des groupes multidisciplinaires de santé, les réseaux intégrés de services de première ligne assureraient aux clientèles dont elles auraient la responsabilité l'accès continu, dans leur milieu, aux services généraux et ce, 24 heures par jour, 7 jours sur 7, ainsi que la coordination avec les services spécialisés et surspécialisés. Le recours à des infirmières praticiennes est également recommandé afin de permettre aux médecins généralistes de se consacrer davantage au traitement de leurs patients et d'effectuer des tâches plus complexes pour lesquelles ils ont été formés.

Ces nouveaux modes d'organisation et de prestation des services permettraient d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins offerts, tout en permettant de mieux utiliser les compétences professionnelles et de réduire les références à des services plus coûteux (infirmières →généralistes →spécialistes). Ils permettraient également de réduire le recours aux services d'urgence et d'éviter des dédoublements de tests. Ces effets se traduiraient inévitablement par des gains d'efficience dans l'ensemble du réseau. Ces transformations impliquent cependant des investissements importants pour la mise en place des réseaux de services intégrés, ainsi que des négociations avec les différentes fédérations de médecins et d'infirmières (ex. : révision des champs de pratique professionnelle).

La création du dossier électronique des patients[30]

Selon les groupes d'experts, la plupart des recommandations de réformes contenues dans les rapports des commissions ainsi que les bénéfices qui leur sont associés ne seraient réalisables qu'à la condition que soit implanté le dossier électronique des patients. L'intégration et la coordination du continuum des services requis pour le traitement de chaque patient passent en effet par un partage et une meilleure circulation de l'information clinique entre les différents dispensateurs concernés.

Le recours au dossier électronique des patients permettrait de réduire le nombre d'erreurs médicales, le dédoublement des tests et des procédures, ainsi que le temps important actuellement consacré par les infirmières à la gestion de l'information médicale. Permettant également aux patients d'avoir accès à leur dossier, tous sont d'accord pour affirmer qu'une plus grande responsabilisation des patients s'ensuivrait, ce qui favoriserait une meilleure prise en charge de leur santé et une utilisation plus judicieuse des services.

---

[29] Avec la création des centres de santé et de services sociaux et le développement des « Groupes de médecine familiale » (GMF), auxquels sont adjointes des infirmières, le Québec a déjà entrepris une réforme structurelle importante de l'organisation des services de première ligne conforme à ces orientations.

[30] Le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est déjà donné une vision d ensemble de la gestion des ressources informationnelles, et un plan d'informatisation du réseau, incluant le dossier électronique de santé (DES), est en voie d'élaboration. Le projet de loi 83, (non encore adopté par l'Assemblée nationale) aurait permis d'établir des paramétres à la circulation et à la confidentialité de l'information médicale des patients. L'implantation du DES impliquerait cependant des investissements majeurs, et l'obtention de l'obtention du consentement des patients pourrait en limiter la portée.

La gestion des ressources humaines

Pour faire face au risque de pénurie grandissante de ressources humaines, plusieurs commissions recommandent l'implantation d'une stratégie de planification et la mise en place de comités de coordination nationaux (Kirby, Romanow) ou provinciaux (Fyke, Clair) des ressources humaines en santé. Leur rôle consisterait à élaborer des politiques de long terme visant à pouvoir compter sur un nombre suffisant de professionnels de la santé pour répondre aux besoins futurs et à s'assurer de leur répartition appropriée, selon les régions et selon les spécialités. Une telle stratégie prévoirait également la mise en place de moyens permettant d'améliorer la productivité de la main-d'oeuvre, ce qui contribuerait à réduire le nombre de médecins et d'infirmières supplémentaires nécessaires et à atténuer ainsi la croissance des coûts de santé[31].

Des mesures complémentaires sont également recommandées pour favoriser une utilisation plus efficace des ressources humaines. Mentionnons la révision des programmes de formation, afin de préparer les médecins au travail en équipes multidisciplinaires et de les exposer au travail en milieu rural (Romanow). Mentionnons également l'importance accordée à la formation continue (Clair, Kirby), ainsi que la nécessité d'implanter des modes de rémunération mixte des médecins (Clair, Mazankowski). Enfin, plusieurs commissions (Clair, Romanow, Kirby) recommandent une redéfinition des cadres et des pratiques d'exercice des professionnels de la santé (ex. : développement du poste d'infirmière praticienne) pour soutenir la nouvelle approche des soins primaires. Ces mesures ne visent pas directement à infléchir les coûts de santé; elles sont cependant nécessaires à la mise en place des réformes structurelles dans l'organisation et la prestation des services.

L'imputabilité et la reddition de comptes[32]

Une autre recommandation commune à la plupart des rapports porte sur la création d'un comité conseil permanent et indépendant qui aurait principalement pour mandat de publier régulièrement un rapport sur la performance générale du système de santé, sur l'évolution de la santé de la population, sur les besoins de financement, ainsi que sur les moyens d'avoir accès aux fonds nécessaires.

Cet organisme établirait des indicateurs communs (ou « benchmarks ») assurant la comparabilité des résultats. Il assurerait également une veille des solutions appliquées dans d'autres pays et favoriserait le développement d'expertises, dans une perspective d'amélioration continue de la performance du système.

Qu'ils soient mis en place au niveau national (Romanow, Kirby) ou provincial (Fyke, Mazankowski), ces comités auraient également pour mission de formuler des recommandations visant à améliorer la qualité et la sécurité des services (ex. : réduction des erreurs médicales), et d'assurer une meilleure reddition de comptes du système auprès des citoyens, dans le cadre d'une gestion axée sur l'atteinte de résultats.

---

[31] Dans cette perspective, la Commission Kirby recommande de vérifier continuellement les niveaux d'admissions à la lumière de l'évolution de la productivité des ressources humaines en santé. Elle recommande également l'adoption de standards d'évaluation des médecins et autres professionnels de la santé étrangers afin d'accélérer leur recrutement et leur intégration.

[32] Soulignons que cette recommandation a déjà mené à la création d'un conseil national pour l'ensemble des autres provinces. Le Québec a pour sa part opté pour la création d'un nouveau poste de Commissaire québécois de la santé et du bien-être, assumant ces nouvelles responsabilités (projet de loi 38).

Signalons que, dans la même perspective d'imputabilité et de reddition de comptes, la Commission Clair a pour sa part proposé une approche comprenant la négociation de contrats triennaux de performance entre les établissements et les autorités régionales, la mise sur pied d'un comité d'évaluation de la performance, ainsi qu'un processus de consultation auprès de la population.

L'ouverture encadrée du privé dans la prestation de services de santé

De façon générale, les différentes commissions ont rejeté toute proposition qui impliquerait une ouverture au privé dans la prestation de soins de santé couverts par la Loi canadienne. Mentionnons deux exceptions : la Commission Kirby, pour qui des hôpitaux privés à but lucratif pourraient offrir leurs services (bien qu'elle n'en recommande pas directement la création), et la Commission Mazankowski, qui estime qu'il serait bénéfique d'encourager un mélange innovateur d'organisations publiques, privées à but lucratif et privées à but non lucratif, pour la prestation des soins de santé.

Les partenariats public-privé recueillent un accueil plus favorable, dans le but d'obtenir des investissements additionnels pour augmenter la capacité des hôpitaux, à condition que l'accès de la population demeure dans tous les cas gratuit (Kirby). Soulignons cependant que la Commission Romanow rejette toute possibilité d'ouverture au privé, que ce soit en partenariat ou non.

L'ensemble de ces principales réformes structurelles constituent, selon les commissions publiques mises en place au cours des dernières années et plusieurs groupes d'experts, un prérequis pour assurer le maintien du système de santé et de services sociaux, dans le contexte des changements technologiques, de la démographie et de la situation financière du gouvernement.

Leur implantation nécessiterait cependant des travaux, des changements législatifs ou réglementaires, ainsi que des négociations avec les différentes fédérations de médecins et les syndicats des employés du réseau. Elle entrainerait donc des délais d'implantation ainsi que des investissements importants.

Le financement durable de la santé et des services sociaux

En matière de financement, il convient de distinguer deux types de questions très différentes : l'allocation des ressources, qui porte sur le financement *interne* du réseau, et le financement *global* du système, duquel dépend véritablement sa pérennité.

Modifier les modes d'allocation des ressources

Depuis de nombreuses années, les experts sont unanimes à recommander que le mode traditionnel de budgétisation des établissements, basé sur une reconduction historique, soit remplacé. La Commission Kirby reprend cette tendance de fond en recommandant l'adoption d'un nouveau mode de budgétisation basé sur les services fournis (« service-based ») et sur des coûts standard par épisode de soins. Selon elle, ce nouveau mode de budgétisation serait plus équitable, favoriserait l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des établissements dans la prestation des soins, et permettrait de répondre à l'évolution de la demande sans rationner l'offre de services, l'hôpital étant financé pour tout service fourni.

On doit souligner que la budgétisation en fonction des services fournis aurait pour effet, sur le plan « macro », d'accélérer la croissance des dépenses de santé, et en conséquence, d'aggraver le problème de financement global du système. C'est pourquoi ce nouveau mode de budgétisation devrait prendre en considération non pas les services réellement fournis par l'établissement, mais les services « attendus », déterminés en fonction des besoins sociosanitaires relatifs de la population à desservir. De plus, il devrait s'inscrire à l'intérieur d'enveloppes budgétaires globales préétablies par le gouvernement.

Soulignons que le nouveau mode de budgétisation constitue une infrastructure nécessaire à la mise en place des nouveaux réseaux intégrés de services de première ligne, qui visent essentiellement à améliorer l'accessibilité et la continuité des services et ce, tout en améliorant l'efficacité et l'efficience du système de santé et de services sociaux. Le rapport Cirano conclut que, bien que l'implantation du nouveau mode budgétaire soit nécessaire à la mise en place des réseaux intégrés de services de première ligne, les économies dégagées seraient susceptibles de se traduire davantage en amélioration des services, et qu'elles ne permettraient pas de résoudre les problèmes de financement du système dans son ensemble.

Réviser le financement global de la santé

En ce qui concerne le financement global du système de santé, les recommandations des différents comités peuvent être regroupées selon qu'elles portent sur trois types d'objets, à savoir : le niveau de financement, la dynamique de croissance du financement, et le dégagement de nouvelles sources de financement.

A) Réviser le niveau de financement actuel : étendre la couverture à de nouveaux services

Un point à souligner : aucune commission n'a remis en question les valeurs et les principes fondamentaux de la Loi canadienne sur la santé. Toutes ont réaffirmé leur appui à un système de santé soutenu par un financement public.

D'un commun accord, les différentes commissions s'entendent pour écarter la possibilité de réduire le niveau actuel de financement public en procédant soit à des désassurances de services ou à l'introduction de frais aux usagers (« tickets modérateurs »), en raison de leurs impacts potentiels importants pour les personnes malades et défavorisées. Plusieurs commissions seraient au contraire favorables à une extension des services couverts par la

Loi canadienne sur la santé afin d'y inclure un programme de services de maintien à domicile (incluant les soins palliatifs) et l'assurance médicament, ce qui impliquerait un rehaussement important du niveau actuel des besoins de financement du système.

B) Réviser la dynamique de croissance du financement : plafonner la contribution du Fonds consolidé du gouvernement

Plusieurs commissions et groupes d'experts (Kirby, Mazankowski, Clair, Conference Board) ont reconnu que le système de santé fait face à un problème de financement majeur, en raison du fait que ses dépenses croissent plus rapidement que les revenus des provinces et cela, à cause de certains facteurs structurels. Pour certains (ex. : Kirby, Conference Board), il est clair que les réformes structurelles ne seront pas suffisantes pour combler entièrement des manques à gagner croissants pour la santé. Si d'autres semblent préférer laisser la question en suspens, la Commission Fyke estime, pour sa part, que la réforme qu'elle propose réduirait suffisamment les pressions sur le système pour éviter d'accroître les besoins de financement.

Dans ce contexte, peu de commissions ont formulé des recommandations visant à infléchir l'évolution future des crédits budgétaires alloués à la santé. Pour éviter que la santé n'accapare une part croissante des fonds publics et pour préserver les autres services gouvernementaux, le rapport Graydon propose de limiter la croissance du financement de la santé provenant du Fonds consolidé du revenu à la croissance des revenus du gouvernement (ou du PIB), soit environ 4 % par année (en Alberta). Dans une optique similaire, la Commission Clair a proposé que *« le gouvernement établisse une ou des limites-repères du niveau des dépenses publiques maximal acceptable »*.

C) Réviser les modalités de financement : dégager de nouvelles sources de revenus fiscaux

Peu de commissions ont analysé de façon approfondie les moyens pouvant être envisagés pour dégager de nouvelles sources de revenus fiscaux et formulé des recommandations concrètes à cet effet, à l'exception des commissions Kirby et Masankowski.

Ces Commissions ont examiné quatre principales façons d'augmenter les recettes fiscales : augmenter l'impôt sur les revenus des particuliers, augmenter l'impôt sur les revenus des sociétés, hausser les taxes à la consommation, ou introduire une prime-santé (ou une taxe) dédiée à la santé.

Augmenter l'impôt sur les revenus des particuliers aurait l'avantage d'affecter tous les contribuables en fonction de leur capacité de payer, de façon progressive. Cependant, cet impôt ferait porter le fardeau additionnel du financement en majeure partie sur la génération des jeunes, qui représentent la plus grande part de la population active et qui consomment beaucoup moins de soins de santé que la population des retraités. Par ailleurs, dans le contexte de la mondialisation des marchés, il rendrait plus difficile l'attraction des travailleurs étrangers hautement qualifiés, dont l'apport est souvent essentiel aux entreprises de l'économie du savoir.

Accroître l'impôt sur les revenus des sociétés aurait pour effet de réduire le rendement sur le capital après impôt et, en conséquence, de décourager l'investissement. Or, la préservation des programmes sociaux, dans un contexte interne de décroissance de la population active et un contexte externe de mondialisation de la concurrence, exigera une productivité accrue du travail, et, en conséquence, des augmentations importantes des investissements. Par ailleurs, soulignons que l'impôt sur les revenus des sociétés représente une base de taxation modeste et beaucoup plus volatile que l'impôt sur les revenus des particuliers.

Hausser les taxes sur la consommation aurait l'avantage de répartir le fardeau fiscal sur l'ensemble de la population, plutôt que sur les seuls contribuables. Selon les experts consultés par la Commission Kirby, une hausse de taxe à la consommation serait plus efficiente qu'une hausse de l'impôt sur le revenu, du fait qu'elle entraînerait des effets moins perturbateurs sur l'investissement, l'emploi et l'économie en général. Elle serait plus équitable au plan intergénérationnel que l'impôt sur le revenu, qui ferait supporter par les jeunes et la population à l'emploi une proportion plus grande du fardeau des coûts du vieillissement.

Selon des études du C.D. Howe Institute (citées par la Commission Kirby), bien que les taxes à la consommation aient un caractère régressif, celui-ci serait moins prononcé qu'on ne pourrait le croire de prime abord si l'on considère l'ensemble du cycle de vie. L'impact de type de taxe pourrait être atténué par diverses mesures protégeant les faibles revenus (ex. : crédits d'impôt TVQ et TPS).

Ainsi, la part des revenus des particuliers prélevée par l'impôt atteint son apogée pendant les années de travail et décline de façon substantielle après la retraite. Au contraire, la part des revenus des particuliers consacrée à la consommation (i.e. : la part assujettie au prélèvement d'une taxe sur la consommation) tend à être plus faible pendant les années de travail (pendant lesquelles ils accumulent de l'épargne) et plus élevée pendant les années de retraite (alors qu'ils retirent leurs actifs pour maintenir leur consommation). En termes relatifs, une taxe sur la consommation varierait donc de façon plus régulière tout au long du cycle de vie et brusquerait moins les particuliers dans leur style de vie.

Introduire une prime-santé (ou une taxe) dédiée à la santé permettrait de sensibiliser les citoyens aux enjeux liés à l'augmentation des coûts de la santé et de répartir l'accroissement du financement sur l'ensemble de la population, et non seulement sur les personnes ayant des revenus imposables. Elle serait facile à administrer et pourrait être modulée de manière à protéger les familles à faibles revenus et les personnes ayant des besoins de santé plus importants.

Dans la mesure, cependant, où les revenus générés seraient versés au Fonds consolidé du revenu, il y aurait un risque, pour certains, que le gouvernement puisse utiliser éventuellement une partie de ces fonds pour financer d'autres types de dépenses.

Considérant leurs avantages et leurs inconvénients respectifs, la Commission Kirby a conclu que la solution privilégiée pour accroître le financement public de la santé consistait à augmenter les taxes à la consommation et, en second lieu, à introduire une prime-santé (ou à l'augmenter).

Pour conclure, on peut dire que la plupart des commissions et des groupes d'experts ont exprimé l'avis que bien que tout doive être fait pour éviter de nouvelles taxes en mettant

en place des réformes structurelles majeures, de nouvelles solutions de financement pourraient devoir un jour être envisagées, en complément (et non en substitut) à ces réformes, si l'on veut assurer la pérennité du système de santé et de services sociaux[33].

[33] À l'exception de la Commission Romanow, pour laquelle la solution nécessaire et suffisante au problème du financement portait sur un rehaussement progressif des transferts financiers fédéraux à la santé à hauteur de 25 % des dépenses, accompagné de la mise en place d'indicateurs de performance comparables et d'un mécanisme de reddition de comptes des provinces.

Le Comité sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec a été créé le 21 décembre 2004, dans la foulée du Forum des générations. Il a reçu pour mandat de formuler des recommandations qui permettront au gouvernement :

- de résoudre le problème du manque à pourvoir pour la santé et les services sociaux et de répondre aux besoins du secteur;
- d'assurer la pérennité du régime de santé et de services sociaux, en s'appuyant sur les valeurs partagées de respect, tant des bâtisseurs actuels du Québec que des générations à venir;
- de mettre en application un plan global comportant des mesures complémentaires à court, à moyen et à long terme.

Les travaux des membres du comité ont été guidés par un souci constant d'équité intergénérationnel que traduisent leurs recommandations. Le tout dans le but d'assurer des services de la plus haute qualité possible, à l'intérieur d'un système universel et accessible.

Puissent les idées contenues dans ce rapport contribuer au débat public auquel le Québec sera convié au cours des mois et des années qui viennent.

Visitez notre site Internet et faites nous part de vos commentaires :
www.solidaritedesgenerations.qc.ca